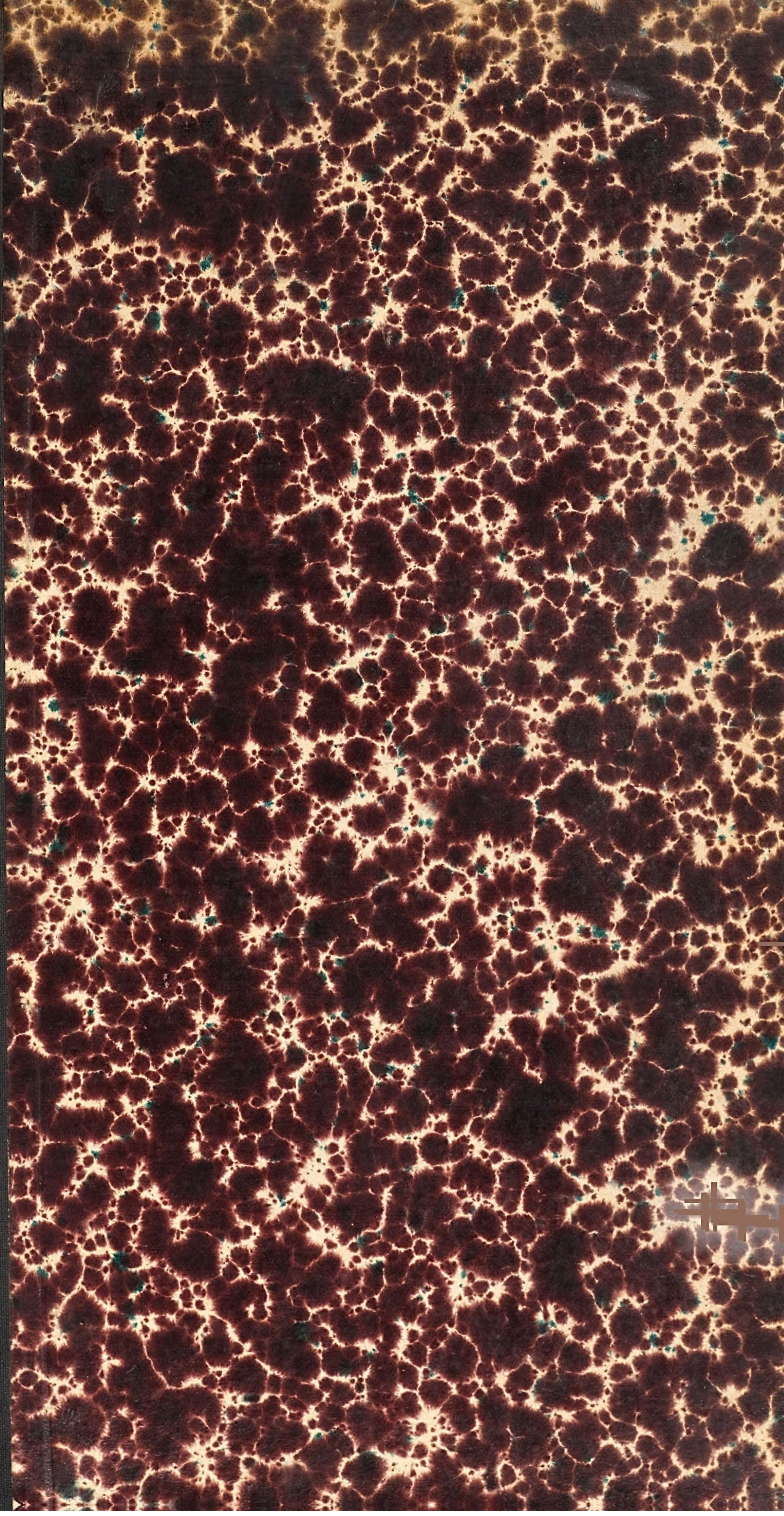


Path.

447 bu



Path.

Firth

447 bu

00

DIE PATHOLOGIE UND THERAPIE

DER

HEREDITÄREN SYPHILIS,

NACH IHREM

GEGENWÄRTIGEN STANDPUNKTE

DARGESTELLT

VON

DR. LUDWIG FÜRTH,

Dozent an der Wiener Universität und Vorstand der pädiatrischen Abtheilung
an der allg. Poliklinik.

Erweiterter Separat-Abdruck aus der „Wiener Klinik“.

WIEN, 1879.

URBAN & SCHWARZENBERG,
MAXIMILIANSTRASSE Nr. 4.

344 B

WIENER KLINIK.

Vorträge aus der gesammten praktischen Heilkunde.

Herausgegeben und redigirt von
JOH. SCHNITZLER.

Jährlich 12 Hefte. — Preis 4 fl. ö. W. Ausland 8 Mark.

Die Jahrgänge 1876 und 1877 sind elegant gebunden à 5 fl. = 10 Mark zu beziehen.

Die seit 1. Januar 1875 erscheinende „**Wiener Klinik**“ wird in Monatsheften ausgegeben, von denen jedes einen abgeschlossenen klinischen Vortrag aus dem Gesamtgebiete der praktischen Heilkunde bringt.

Die Vorträge behandeln nur Fragen von allgemeinem Interesse, diese aber, ohne sich in ermüdende Details zu verlieren, erschöpfend, so dass jeder Vortrag eine übersichtliche Darstellung des jeweiligen Standes der Frage bildet.

Inhalt der bisher erschienenen Hefte der „**Wiener Klinik**“:

I. Jahrgang (1875):

1. u. 2. Heft. **Monti**: Ueber Croup im Kindesalter.
3. „ **Winternitz**: Ueber Wesen und Behandlung des Fiebers. I.
4. „ **Rokitansky jun.**: Ueber Gebärmutterblutungen und deren Behandlung.
5. „ **Ultzmann**: Ueber Harnsteinbildung.
6. „ **Schnitzler**: Die pneumatische Behandlung der Lungen- und Herzkrankheiten.
7. „ **Benedict**: Die psychischen Functionen des Gehirnes im gesunden und kranken Zustande.
8. „ **Oser**: Die mechanische Behandlung der Magen- und Darmkrankheiten.
9. „ **Winternitz**: Ueber Wesen und Behandlung des Fiebers. II.
10. „ **Kleinwächter**: Ueber Placenta praevia.
11. „ **Englisch**: Ueber Luxationen im Allgemeinen.
12. „ **Auspitz**: Die Boubonen der Leistengegend und ihre Behandlung.

II. Jahrgang (1876):

1. Heft. **Eulenburg**: Der Entwicklungsgang der Pathologie und Therapie im gegenwärtigen Jahrhundert.
2. „ **Neumann**: Diagnostik und Therapie der Hautsyphiliden.
3. u. 4. „ **Hock**: Die syphilitischen Augenkrankheiten.
5. u. 6. „ **Kaposi**: Ueber Hautgeschwüre.
7. „ **Lang**: Ueber den flachen Hautkrebs und die ihn vortäuschenden Krankheitsprocesse.
8. „ **Kleinwächter**: I. Die Behandlung der Querlagen bei Unmöglichkeit der Wendungs-Vornahme.
II. Die Perforation und Extraction des perforirten Fruchtschädels.
9. u. 9. „ **Albert**: Pathologie und Therapie der Coxitis.
10. „ **v. Sigmund**: Ueber die neueren Behandlungsweisen der Syphilis.
11. u. 12. „ **Klein**: Der Augenspiegel und seine Anwendung.

III. Jahrgang (1877):

1. Heft. **Schnitzler**: Zur Diagnose und Therapie der Laryngo- und Tracheostenosen.
2. u. 3. „ **Grünfeld**: Der Harnröhrenspiegel (Das Endoskop), seine diagnostische und therapeutische Anwendung.
4. „ **Gauster**: Ueber moralischen Irrsinn (moral insanity) vom Standpunkte des praktischen Arztes.
5. „ **Heitler**: Die Behandlung der Pleuritis und ihrer Produkte.
6. u. 7. „ **Fleischmann**: Ueber Ernährung und Körperwägungen der Neugeborenen und Säuglinge.
8. „ **Hüttenbrenner**: Ueber den Ileotyphus im Kindesalter.
- 9., 10. u. 11. „ **Steiner**: Ueber die modernen Wundbehandlungsmethoden und deren Technik.
12. „ **Lewandowski**: Die Anwendung der Elektrizität in der praktischen Heilkunde.

IV. Jahrgang (1878):

1. u. 2. Heft. **Rosenthal**: Die Diagnostik und Therapie der Rückenmarks-Krankheiten nach dem heutigen Standpunkte dargestellt.
3. „ **Englisch**: Ueber Radikalbehandlung der Eingeweidebrüche.
4. u. 5. „ **Ultzmann**: Ueber Haematurie (Blutharnen).
6. „ **Hock**: Der gegenwärtige Stand der Lehre vom Glaukom.
7. „ **Schnitzler**: Ueber Laryngoskopie und Rhinoskopie und ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis. I.
8. u. 9. „ **Kleinwächter**: Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft.
10. „ **Schnitzler**: Ueber Laryngoskopie und Rhinoskopie und ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis. II.
11. u. 12. „ **Fürth**: Die Pathologie und Therapie der hereditären Syphilis, nach ihrem gegenwärtigen Standpunkte dargestellt.

Bayerische
Staatsbibliothek
München

DIE PATHOLOGIE UND THERAPIE
DER
HEREDITÄREN SYPHILIS,

NACH IHREM
GEGENWÄRTIGEN STANDPUNKTE

DARGESTELLT

VON

DR. LUDWIG FÜRTH,

Dozent an der Wiener Universität und Vorstand der pädiatrischen Abtheilung
an der allg. Poliklinik.

Erweiterter Separat-Abdruck aus der „Wiener Klinik“.

WIEN, 1879.
URBAN & SCHWARZENBERG,
MAXIMILIANSTRASSE Nr. 4.

MEINEM

HOCHVEREHRTEN LEHRER

HERRN

HOFRATH

PROFESSOR SIGMUND RITTER VON ILANOR

IN DANKBARER VEREHRUNG

GEWIDMET.

Mein hochverehrter Lehrer!

Sie hatten die Güte, die Widmung meiner Darstellung des gegenwärtigen Standpunktes der Pathologie und Therapie der hereditären Syphilis anzunehmen.

Es ist naheliegend und begreiflich, dass Arbeiten im Gebiete der Syphilis gerne Ihnen, dem Nestor der Syphilidologie, gewidmet werden. Ausser diesen im Allgemeinen geltenden Gründen war es für mich besonders nur ein Act der dankbaren Anerkennung, Ihnen, mein hochverehrter Lehrer, diese Arbeit zu widmen, da Sie ja in erster Reihe es sind, dem ich die Anregung und das so reiche Material meiner Beobachtung und Erfahrung verdanke. Während ich im hiesigen Findelhause meine Beobachtungen über die angeborene Syphilis pflog, die Mehrzahl der Mütter dieser Kinder auf Ihrer Klinik behandelt wurde, und ich daher in regem Wechselverkehre mit Ihnen fortwährend stand, waren Sie es, der in stets liebenswürdiger und zuvorkommender Weise meine Beobachtungen überwachte und ergänzte und den Kreis meiner Erfahrung stets erweiterte. Seit dem Jahre 1867 jedoch bin ich so glücklich, in täglichem Verkehr und in Ihrer Nähe die seltensten und interessantesten Fälle dieser Krankheitsform zu beobachten, welche nahezu aus allen Theilen der Welt Ihren vielbewährten und erfahrenen Rath aufsuchen. Es sind daher Ihre Anschauungen und Ihre Lehren, denen ich nun neuerdings in dieser Darstellung Ausdruck gegeben habe. Es wäre mein schönster Lohn, wenn es mir gelungen wäre, als einer der zahlreichen Apostel Ihrer Lehre gewirkt, und mit beigetragen zu haben zu dem grossen und

VI

erhabenen Ziele, welches Sie sich vorgesteckt haben: Die Erkenntniss und die Behandlung der Syphilis auf physiologische Grundlage zu stellen, die ununterbrochene Verbindung des Einzel-faches mit der gesammten Heilkunde im Auge zu halten, damit richtigere Anschauungen und sicher leitende Grundsätze bezüglich der Syphilis, dieser allerverderblichsten und allergefährlichsten Volkskrankheit, nicht nur unter den Aerzten, sondern auch im Publikum zu verbreiten und dadurch der leidenden Menschheit einen wahren Dienst zu leisten.

Wien im Dezember 1878.

Dr. Fürth.

So weit gediehen und vervollkommt unsere Kenntnisse der Erscheinungen der Syphilis heute schon sein mögen, so sehr erst in Entwicklung begriffen und noch der Klärung bedürftig sind unsere Vorstellungen vom syphilitischen Virus selbst und der Art und Weise seiner Propagation. Die dunkelste Seite der Syphilislehre ist wohl aber jene, auf welcher die Verbreitung der Syphilis durch die Vererbung verzeichnet ist. Dass sich diese Krankheit auch auf dem Wege der Vererbung fortpflanzt, wird heute keinem vorurtheilslosen Beobachter zu bestreiten beifallen. Anders war es am Anfange unseres Jahrhunderts, wo noch hervorragende Aerzte die Vererbung ganz und gar in Abrede stellten und die gegentheiligen, aber richtigen Beobachtungen ihrer Vorgänger durch die Macht ihrer Autorität eine Zeit lang in Vergessenheit brachten und dadurch die freie fortschrittliche Bewegung der Wissenschaft hemmten.

Die ersten Angaben über die mögliche Uebertragung der Syphilis durch die Vererbung finden sich in den Schriften des 16. und 17. Jahrhunderts.

Bei PARACELSUS findet sich die erste diesbezügliche Aeusserung. Es heisst dort¹⁾: „Noch ferner ist zu bemerken, dass der morbus gallicus et haereditario jure ac contagii consortio communicari posse“ und weiter: „Wenn der morbus gallicus sich in die Konzeption einmischt, so erbt das Kind die Krankheit und wird damit geboren; doch ist es auch möglich, dass dies nicht geschieht, wenn die Matrix so kongestionirt ist, dass sie dem Sperma seine Gewalt benimmt, oder auch wegen der Nobi-

¹⁾ De causis et origine luis gall. 1558 Lib. II. cap. XVI.

lität und Tugend der Sperma. Alsdann bleibt der krankhafte Stoff in den Eltern, und das Kind geht frei aus.“

FERRIER (1553) lässt für die ererbte Syphilis drei genetische Momente gelten und führt sie zurück auf den syphilitischen Samen des Vaters, auf das syphilitische Ei der Mutter, oder auf die Infektion des Fötus durch das Blut der erst nach der Konzeption syphilitisch gewordenen Mutter. RONDELET (1560) und FALLOPIA (1564) liefern die ersten beschreibenden Details der Hereditärsyphilis.

Bis auf ASTRUC (1740), BOERHAVE (1753), van SWIETEN hatten sich die alten Anschauungen über die angeborene und kindliche Syphilis wenig erweitert und geläutert. Die drei genannten Autoren gaben neue Anregung und Anstoss zur gründlicheren Pflege der Lehre. Zu Ende des achtzehnten Jahrhunderts entstand in Paris das erste, ausschliesslich für syphilitische Schwangere, deren Kinder und Ammen bestimmte Spital, in welchem DOUBLET, MAHON, BERTIN für die Wissenschaft und speziell den Ausbau der Syphiliskundeerspriessliches leisteten.

Der Verbreitung der Doktrinen der französischen Schule, welche bei der Uebertragung der Syphilis, durch die Vererbung, der Syphilis des Vaters wie der Mutter gleichen Antheil zuerkannten, war indessen durch die Theorien HUNTER's, welche sich rasch Geltung verschafften und allenthalben Anklang fanden, das grösste und unüberwindlichste Hinderniss gesetzt worden.

HUNTER, der anfänglich nur dem Primäraffekt infizirende Gewalt zuschrieb und den Produkten der sekundären und konstitutionellen Syphilis jedwede Fähigkeit, diese zu überpflanzen, absprach, negirte naturgemäss den Modus der Infektion des Kindes durch die Zeugung, modifizierte aber dennoch später, durch unabweisbare Thatsachen überwältigt, wenn auch nicht in prinzipieller Art seine Ansicht.

„Man hat angenommen ¹⁾“ sagte H., dass alle Sekrete des infizierten Organismus in der Weise verändert sein können, dass sie ebenfalls infizirende Eigenschaften annehmen können, und dass ferner die Organe, welche der Geschlechtsfunktion vorstehen und zugleich die Eingangspforten für das Virus sind, nachdem dieses in dem ganzen körperlichen Haushalt zirkulirt, wieder auf diese zurückkomme und seinen Verwüstungen aussetzt. In Folge dessen hat man angenommen, dass die Hoden die Samenbläschen luetisch erkranken können; dass das Sperma venerisch werden und die Lues auch Anderen mittheilen und selbst durch die Befruchtung einen syphilitischen Fötus erzeugen kann. Aber alle diese Hypothesen entbehren der Begründung.“

Der hervorragendste und unermüdlichste Gegner der HUNTER'sehen Lehre war SWEDIAUR. Während HUNTER höchstens nur die intrauterine Infektion des Fötus durch die kranke Mutter acceptirte und eine here-

¹⁾ A treatise on the venereal disease. London 1768.

ditäre Syphilis, ausgehend von einem kranken Vater bei intakter Gesundheit der Mutter, zur Zeit der Zeugung als Ding der Unmöglichkeit hinstellte, vertrat SWEDIAUR die entgegengesetzte Behauptung und räumte den alleinigen Antheil an der hereditären Syphilis des Kindes nur dem kranken Vater ein, indem er der, wenn auch kranken Mutter jede Einflussnahme auf die Vererbung der Lues absprach. SWEDIAUR, wie später COLLES wollen kein einziges, wohl begründetes Exempel gesehen haben, das bewiesen hätte, dass nur die infizierte Mutter allein an der Syphilis des Kindes schuldig gewesen wäre.

Beide extreme Meinungen waren schon längst über Bord geworfen, als sie in der jüngsten Gegenwart wieder ihre Verfechter fanden.

Seit RICORD gilt als herrschende Ansicht, dass sowohl Vater als Mutter sich einen gleichwerthigen Antheil an der Vererbung der Syphilis vindiziren dürfen.

CUILLERIER's neuere Vertheidigung der HUNTER'schen Axiome warb denselben neue Anhänger (NOTTA, FOLLIN, CHARRIER, OEWRE), die sich alle zu dem Grundsatz: „keine hereditäre Syphilis ohne syphilitische Mutter“ bekannten. Dieser Satz nun, in dem Sinne, dass die hereditäre Syphilis unabhängig von dem Gesundheitszustande des Vaters, soweit er die Syphilis betrifft, wie er sich an ihm bei der Zeugung präsentirte, sei, ist total inexakt, wohl aber in einer anderen Bedeutung berechtigt.

Nach unserer Meinung kann jeder elterliche Theil, wenn syphilitisch krank, die Syphilis auf die Nachkommenschaft vererben. Ob nun der Vater oder die Mutter allein an Lues leiden, immer kann aus deren Vereinigung eine syphilitische Frucht ihre Abstammung nehmen. Es ist daher für die Folge ganz gleichgiltig und der Effekt derselbe, ob nur der Vater oder nur die Mutter zur Zeit der Zeugung infiziert gewesen.

Nicht ohne ätiologische und praktische Bedeutung ist es jedoch, in welchem Stadium die Syphilis eines der Eltern zu jener Zeit gestanden.

Litt der Vater an manifester Syphilis oder an einem primären initialen Geschwür, durch welches er beim Beischlaf auch seine gesunde Frau infizierte, so hat er wohl, falls an ihm noch keine sekundären Symptome aufgetreten, und demnach sein Organismus noch nicht durchseucht ist, keinen unmittelbaren Einfluss auf die Syphilis der Frucht, welche diesmal von der Mutter, sobald diese allgemeine Syphilis bekommt, auf letztere übertragen wird.

Anders gestaltet es sich, wenn der Mann bereits allgemein konstitutionell syphilitisch geworden ist, und seine Syphilis sich selbst überlassen wurde. Ein solcher erzeugt mit einer gesunden Frau, ohne diese direkt anzustecken, syphilitische Kinder. In diesem Falle war es der väterliche Same, von welchem die Vererbung ausgegangen.

Ob durch denselben, oder erst durch die syphilitische Frucht die Mutter der unausweichlichen Miterkrankung anheimgefallen ist, soll später erörtert werden.

War die Syphilis des Vaters zur Zeit der Zeugung latent, war an

ihm kein positives Zeichen derselben wahrnehmbar gewesen, so muss die Frucht nicht unbedingt, kann aber wohl infiziert werden. Eine bestimmte Aussage ist da durchaus unmöglich. Man kann nie behaupten, dass Jemand, der Syphilis durchgemacht, an dem aber zur Zeit der Untersuchung kein Symptom, das nur den Verdacht für Syphilis erwecken könnte, an sich trägt, auch wirklich frei von Syphilis sei. Man besitzt kein dezidiertes diagnostisches Kriterium, auf das gestützt man nur die vage Vermuthung aussprechen könnte, dass ein Individuum seine Lues überwunden habe. Die Rezidiven treten in ganz ungleichen und unberechenbaren Intervallen und in ganz verschiedenem Grade auf. Es ist bekannt, dass ein manifester Rückfall noch 20 ja 30 Jahre nach dem letzten Aufblühen der Krankheit zu gewärtigen ist. Ebenso hat die Beobachtung gezeigt, dass es zwischen den einzelnen Wiedererkrankungen Perioden gibt, wo der Patient, um nicht zu sagen, thatsächlich frei von Syphilis ist, in welchen aber dieselbe in einer solchen Weise zurücktritt und unschädlich wird, auf ein solch insensibles Minimum sich reduziert hat, dass der Mann mit einer gesunden Frau Kinder erzeugt, an denen keine Spur von Syphilis zu finden ist, noch später auftritt. Dabei bleibt auch die Mutter immun, woferne sie nicht schon durch vorhergegangene Schwangerschaften ergriffen wurde. Das von vielen Aerzten geschilderte, vage unbestimmte Kränkeln und Dahinsiechen der Frauen, welche syphilitische Früchte zur Welt brachten, von einem luetischen Manne geschwängert abortirten, habe auch ich beobachtet und bin ganz geneigt, dasselbe von dem schädlichen Einflusse nicht des luetischen Samens, wohl aber der an's Ende geführten oder unterbrochenen Gravidität herzuleiten, und zwar um so eher, als ich bemerkt, dass bei wiederholter Schwangerschaft das Leiden der Frau solche Gestalt annahm, welche seinen luetischen Charakter in den klarsten Zügen hervortreten liess. Der latent syphilitische Mann kann aber auch, und je jünger sein Leiden um so sicherer, ein syphilitisches Kind erzeugen und, obwohl ganz frei von Syphiliserscheinungen, durch die Schwängerung auch seine Frau syphilitisch machen.

Es gilt uns als Regel, dass sobald die Frucht durch den Vater syphilitisch geworden, es auch die Mutter, und zwar durch diese ist.

Ist es bekannt, und hat der Vater einmal zugegeben, luetisch gewesen zu sein, so kann er auch, ohne dass man dafür der Ungerechtigkeit geziehen werden dürfte, als Urheber der Syphilis nicht nur seines Kindes, sondern auch seiner bis zur Gravidität gesund gebliebenen Frau bezeichnet werden. An dieser wird auch nie ein Primäraffekt zu finden sein, der gegen sie zeugen könnte. Ihre Syphilis ist eine Syphilis d'emblée, die von vornherein schon als Allgemeinleiden sich prononzierte.

Der Erste, der auf diesen wichtigen Umstand aufmerksam gemacht hatte, war der französische Geburtshelfer GARDIEN (1824).

RICORD bestätigt dieses Faktum, wenn er sagt:

„Es gibt nur zwei Wege, auf denen die Syphilis sich fortpflanzt; der eine ist der Weg der direkten Ansteckung durch ein primäres Geschwür, der andere ist der Weg der Uebertragung durch die Zeugung. Wenn also ein mit sekundären Symptomen behafteter Mann seine Frau ansteckt, so kann dies nur dadurch geschehen, dass er sie zur Mutter macht.“

Noch deutlicher spricht ABRAHAM COLLES ¹⁾, der seine darauf bezüglichen Bemerkungen in der Weise zusammenfasst:

„Bevor ich daran gehe, mich über die Syphilis der Kinder auszusprechen, will ich eine Thatsache nicht übergehen, die sich mir mehr als 5- oder 6mal aufgedrängt, für die ich jedoch keinen Kommentar zu geben im Stande wäre, nämlich die, dass ein Mann, der eben geheiratet und frei von Syphilis scheint, seine Frau in der Art ansteckte, dass bei derselben wenige Monate nach der Verheirathung, und zwar ohne alle Primärerrscheinungen und ohne irgend welche Sekretion aus den Genitalien sekundäre Erscheinungen auftraten. Obschon sich häufig *Ulcerata elevata* an den Geschlechtstheilen der Frau zeigten, so litt doch der Mann durch diese selten; forscht man diesen aus, so gibt er zu, circa $\frac{3}{4}$ Jahre vor der Hochzeit sich angesteckt, mit Merkurialien behandeln lassen zu haben, und von allen Symptomen der Syphilis befreit vom Arzte als geheilt erklärt worden zu sein. Unter solchen Umständen bleibt die Frau bis zum 7. und 8. Monate schwanger, um welche Zeit sie abortirt, ohne für den Abortus eine Veranlassung angeben zu können. Bisweilen kommt das Kind lebend zur Welt, aber nicht ohne deutliche Spuren der Syphilis, ist so schwach und mager, dass es nur wenige Stunden oder Tage am Leben bleibt. Dasselbe üble Verhängniss kann sich bei der zweiten, dritten und vielleicht noch vierten Schwangerschaft erneuern.“

CUILLERIER ²⁾, Arzt am Hôpital de l'Ourcine, betheuert, nie beobachtet zu haben, dass die Mutter eines Kindes, das mit Syphilis geboren wurde, oder post partum hereditär syphilitisch erkrankte, nicht auch deutliche Zeichen einer neueren oder älteren Syphilis dargeboten hatte.

Desgleichen sah BOUCHUT ³⁾ die Mutter eines hereditär syphilitischen Kindes meist schon während der Gravidität luetisch werden.

Die Kinder, von welchen CUILLERIER und BOUCHUT sprechen, werden doch nicht durchwegs von Müttern stammen, die selbst syphilitisch von einem gesunden Manne geschwängert wurden.

HUTCHINSON ⁴⁾ sah ebenfalls die Mutter syphilitisch werden, erst wenn sie von ihrem latent syphilitischen Manne geschwängert worden und eine syphilitische Frucht geboren hat. Ihre Syphilis begann nie mit einem primären, sondern sogleich mit einem tertiären Affekt; nur in

¹⁾ Practical observations on the venereal disease etc. Lond. 1837.

²⁾ Archiv. gén. de méd. Paris 1854.

³⁾ Traité des malad. des enfants. 1861.

⁴⁾ Med. Times Lond. 1856.

wenigen Fällen waren sekundäre Erscheinungen sichtbar gewesen. Die Krankheit kam immer in wenig aufdringlicher und eklatanter Weise zur Entwicklung, und wurde nach wiederholter Gravidität immer merklicher.

BÄRENSPRUNG ¹⁾ erwähnt drei markante, hieher gehörige Fälle. Im ersten entstand die Syphilis des Mannes 10 Monate vor der Hochzeit, wurde mit Merkur behandelt und zum Schwinden gebracht, bewirkte aber dennoch Infektion der Frau. Vier Monate nach der Heirat wurde diese schwanger. Im 3. Schwangerschaftsmonate fand er bei der Frau breite Kondylome ad genitalia, bald danach Angina und Roseola. Im zweiten Falle erfolgte die Infektion des Mannes acht Monate vor der Heirat. Scheinbare Heilung mit Merkur. Im 3. Monate der Schwangerschaft litt die Frau, ohne primär krank gewesen zu sein, an breiten Kondylomen ad anum und an den Genitalien, Roseola syphilitica, Defluvium capillorum, Rachengeschwüren, Drüsenanschwellungen in den Leisten und am Halse. Geburt eines syphilitischen Kindes im 8. Monate, das nach drei Tagen starb. Im dritten Falle infizierte sich der Mann 1 Jahr vor der Verehelichung. Merkurbehandlung. Ein Monat nach der Heirat wird die Frau schwanger und bekam schon im 3. Schwangerschaftsmonate ein makulöses Exanthem, Plaques am Munde, Rachengeschwüre, kleine Schorfe am beharrten Kopfe. Im 8. Monate wurde ein Kind geboren, das zwei Tage nach der Geburt starb. Ein Jahr darauf neuerdings eine Schwangerschaft. Ausgetragenes syphilitisches Kind, das nach 3 Tagen starb.

Diese Befunde entsprechen vollinhaltlich jenen, die ich selbst gemacht, so wie auch SIGMUND ²⁾ und ihn zu folgendem Ausspruche bestimmten:

„Hinsichtlich der Uebertragung der Syphilis von den Eltern auf die Kinder haben bei den noch immer nicht vollständigen Beobachtungen (und der bisher sowohl an den Erzeugern als an den Erzeugten nicht immer exakten Diagnosen der Syphilis) sich Parteien gebildet, welche zum Theil ganz entgegengesetzte Ansichten aufstellen. So oft ein Kind zweifellos Syphilis aus dem Uterus auf die Welt brachte, — also eine wahre und angeborene Syphilis darbot, — fand ich auch an der Mutter mehr oder minder deutlich entwickelte Erscheinungen der Syphilis, und mir ist kein genau untersuchter und lange genug beobachteter Fall bekannt geworden, in welchem die Uebertragung der Syphilis auf sein Kind durch dessen Erzeuger vermittelt worden, und die Mutter dabei gesund geblieben wäre. Ich bin daher zu der Ansicht gelangt, dass die Erbschaft der Syphilis zunächst von der Mutter ausgeht. Diese Anschauung schliesst die Möglichkeit der Uebertragung der Syphilis durch den männlichen

¹⁾ Die heredit. Syph. Berlin 1864.

²⁾ Syphilis und venerische Geschwürsformen. Pithau. Billroth, Chirurg. Bd. I, Abth. 2, 1. Hft.

Samen ebensowenig aus, als anderseits das Eichen der syphilitischen Mutter allein genügt, um dem Kinde den Keim der Syphilis zu geben, welchen der syphilisfreie Erzeuger etwa nicht überträgt.“

Wenn nicht bei allen Frauen sich gleich nach der ersten Gravidität sekundäre oder gar tertiäre Symptome melden, und sie also scheinbar gesund bleiben, so stehen sie nichtsdestoweniger unter dem Einflusse der Syphilis. Davon kann man sich in allen Fällen überzeugen, wo die Frau in weiterer Aufsicht und Beobachtung des Arztes bleibt. Die Frau bleibt nach meiner Ansicht so lange faktisch gesund und frei von Syphilis, als sie nicht schwanger geworden, so lange auch das eheliche Zusammenleben gedauert haben mag. Zuweilen nach der ersten Schwangerschaft nur schwach, blass, welk, kränklich aussehend, an einer mit der Haut- und Schleimhautblässe koinzidirenden Leukorrhoe, an einem nur unmerklichen Ausfall der Haare laborirend, bekommt sie in der Folge, zumal nach wiederholter Schwangerschaft, Plaques muqueuses, Psoriasis linguae, Psoriasis palm. et plantaris, Halsaffektionen, serpiginöse Geschwüre u. s. w. Diese Retroinfektion der Mütter, die Rückinfektion durch das vom Vater her syphilitische Kind (*Choc en retour*), wird auch von ZEISSL¹⁾ angenommen. Wir lesen darüber in seinem Werke:

„Syphilitische Männer können syphilitische Kinder erzeugen, die Gattin bleibt scheinbar gesund; die Immunität ist nur eine scheinbare. Ich habe die Beobachtung gemacht, dass gewöhnlich Frauen, deren Männer an sogenannter latenter Syphilis leiden, nicht nur rasch welken und ihr früher blühendes Aussehen selbst dann verlieren, wenn sie auch nicht geschwängert werden und keine Frühgeburten überstanden, sondern dass sich endlich auch bei solchen leukämischen Frauen Drüsengeschwülste und Knochenschmerzen mit Auftreibungen am Sternum, Cranium oder der Tibia etc. einstellen, von welchem Symptomenkomplexe sie nur durch eine antisypilitische Behandlung befreit werden können. Es ist uns auch ein Fall erinnerlich, wo der mit Psoriasis palmaris behaftete Vater nacheinander zwei syphilitische Kinder zeugte, welche bald nach ihrer Geburt starben, die Mutter blieb scheinbar gesund, aber nach dem zweiten Wochenbette zeigte sich auch bei ihr deutlich eine Psoriasis palmaris.“

Ein fernerer Beweis für die Latenz der mütterlichen Syphilis ist eine Thatsache, die von allen Aerzten als verifizirt anerkannt wird und von COLLES zuerst als Gesetz aufgestellt werden konnte. Dass ein hereditär syphilitisches Kind, das eine fremde Amme ansteckt, wenn es von seiner eigenen (scheinbar) gesunden Mutter gestillt wird, diese nie und nimmer infiziert. Anderseits ist es niemals beobachtet worden, dass eine latent syphilitische Mutter eines hereditär syphiliti-

¹⁾ Lehrb. S. 113.

schen Kindes bald nach der Entbindung einen Primäraffekt auf welche Weise akquirirt hätte, auf den die gewöhnliche Evolution der sekundären und tertiären Symptome gefolgt wäre.

Versuche, Syphilis auf eine solche Frau durch Inokulation zu übertragen, misslangen (CASPARY). Das Angeführte beweist genügend die schlummernde Syphilis der Mutter; diese noch mehr plausibel erscheinen zu lassen, würden nunmehr noch, wie ich glaube, positive Impfungen mit dem Blute derselben im Stande sein; ein negatives Resultat wäre kein Gegenbeweis, da ja zufällig die Impfung geschehen konnte, wo die latente Syphilis in eine Periode getreten, wo das Blut in seiner Viroalität herabgesetzt ist.

Es war schon älteren Autoren wohl bekannt, und ist heute unantastbarer Grundsatz, dass die Syphilis, wenn sie nach längerer Virulenz, welche sich durch vielfache Rezidiven der sekundären Erscheinungen gezeigt hat, und darauffolgende längere Latenz in das Stadium der tertiären Formen, der Neubildung (Knotensyphilis, Syphilis der inneren Organe) getreten ist, die Fähigkeit der Ansteckung eingebüsst hat, auch die, durch die Vererbung sich zu reproduzieren, verloren hat.

Noch mehr. Die Vererbungsfähigkeit der Syphilis kann in einem Individuum schon lange ihr Ende erreicht haben, wenn auch letztere noch durch ihre tertiären Produkte ihr Vorhandengewesensein oder gar durch fortlaufende Wiederabsetzung derselben ihre Anwesenheit andeutet. Es kann demnach ein Mann mit tertiären Formen der Syphilis mit einer gesunden Frau, ohne diese zu infizieren, gesunde Kinder erzeugen. Derlei Fälle, die ich so oft genau beobachtet, sind schon in der älteren Literatur verzeichnet (BERTIN [1810], REYER [1821]).

VIRCHOW ¹⁾ berichtet über einen Fall, wo ein Mann mit Gumma-knoten im Hoden zwei gesunde Kinder zeugte;

SIGMUND ²⁾ über einen, in dem ein Mann, der durch 17 Jahre Knochensyphilis hatte, im 4. Jahre des Bestandes derselben ein syphilitisches, später mehrere gesunde Kinder zeugte;

HEBRA ³⁾ über einen, wo ein Mann mit Necrosis ossium cranii innerhalb 4 Jahre drei gesunde Kinder zeugte.

Wir haben leider nicht den allergeringsten Anhaltspunkt dafür, bestimmen zu können, in welchen Fällen tertiärer Erkrankung die Viroalität der Syphilis erloschen, und in welchen nicht.

Wie vom Vater, kann auch von der Mutter die eigentliche Quelle der hereditären Syphilis hergeleitet werden, indem wenn der Vater gesund, aber die Mutter der an Syphilis leidende und diese vererbende Theil ist, das Produkt der Schwängerung ebenfallsluetisch ist. War die Frau bei der Konzeption auch infiziert worden, manifest syphilitisch oder

¹⁾ Archiv 1858.

²⁾ Ztschr. d. Gesellsch. d. Aerzte, Wien, 1858.

³⁾ Wiener med. Wochenschr. 1860, Nr. 11, 12.

hatte kurz vorher Syphilis durchgemacht, so kann man mit Sicherheit erwarten, dass auch die Frucht mit Syphilis behaftet sein werde. HUNTER, BEDNAŘ räumten nur eben diese Möglichkeit für die hereditäre Syphilis ein, dass die Mutter bei der Schwängerung auch ein primäres Geschwür bekam, und glaubten, wie MAYER, dass eine Frau mit constitutioneller Syphilis überhaupt nicht empfangen, unfruchtbar sei, was ZEISSL grösstentheils nur für eine solche mit inveterirter Syphilis gelten lässt. Aber weder das eine, noch das andere ist richtig, da man häufig genug in die Lage kommt, Frauen mit veralteter Syphilis sogar gesunde Kinder gebären zu sehen, nachdem sie in früheren Schwangerschaften nur syphilitische Früchte zur Welt brachten.

Es verhält sich mit der in tertiäre Formen übergegangenen Syphilis der Frauen, wie mit der der Männer. Es kann auch bei ihnen der Ausbruch destruktiver tertiärer Symptome die Geburt gesunder Kinder in der tertiären Epoche überdauern. Ein Unterschied zwischen der direkten Vererbung von Seite des Vaters oder der Mutter obwaltet in keiner Hinsicht. Es werden weder bei der Vererbung der Syphilis durch den Vater Fötal-Organen alleinig oder vorzugsweise befallen, die bei der Vererbung der Mutter verschont blieben, noch ist die Hereditärsyphilis von der einen Seite her intensiver und gefährlicher für die Frucht, als diejenige von der anderen. Auch habe ich wenigstens nicht erfahren, dass Abortus häufiger oder gar konstanter wäre, wenn die direkte Vererbung von der Mutter ausgegangen ist.

Sind beide Eltern syphilitisch krank, so ist die Prognose quoad Nachkommenschaft weit ungünstiger, als wenn nur ein Theil derselben es wäre. Die Wirkung summirt sich. Die Situation gestaltet sich insofern ungünstiger, als doch die Heilung der Syphilis Beider sich nicht in gleichen Zeiträumen erzielen lässt, und die Syphilis des einen in der Regel eher getilgt ist als die der anderen. Ueberdauert die Syphilis des Vaters die der Mutter oder auch umgekehrt, so ist damit für die Gesundheit des Kindes gar nichts gewonnen.

In welcher Weise äussert sich die Vererbungsfähigkeit der elterlichen Syphilis?

Die Antwort lässt sich kurz in Folgendem zusammenfassen:

Je näher zeitlich die Befruchtung der Infektion eines Theiles der Eltern liegt, desto sicherer erfolgt die Uebertragung der Syphilis auf die Frucht. Hat sich einmal das Exanthem eingestellt, so ist auch für die Vererbung der grösste Spielraum geschaffen; ob auch in der Zeit, welche die Periode zwischen verheilter Induration und dem ersten Hervorbrechen des Hautausschlages, also der eigentlichen Syphilis ausfüllt, die Lues vererbt werden kann, ist noch nicht sichergestellt. Die Vererbungsfähigkeit erhält sich nicht immer gleich lang, ist aber auch während der Latenz, nachdem die Symptome spontan oder auch in Folge der Behandlung unterdrückt wurden, zurückgetreten, vorhanden. Sie nimmt und

schwächt sich ab mit dem Alter der Syphilis, so dass sie, wenn in deren ersten Stadien die Vererbung eine unausweichliche und intensive, in den späteren Phasen sie nur mehr eine mögliche, fakultative ist. Die Erfahrung hat gelehrt, dass innerhalb der ersten 2—3 Jahre des Bestandes der Syphilis diese unter allen Umständen vererbt wird, nach diesem Zeitraume unbestimmt lange, in einzelnen Fällen bis 6—8—12 Jahre ihre Vererbungsfähigkeit weiter erhält.

Der höchste Intensitätsgrad der Syphilis der Eltern gibt sich durch die Geburt todter, unreifer Früchte kund.

Der Abortus kann, wenn die Syphilis der Eltern sich auf dem status quo erhält, sich mehreremal wiederholen, habituell werden, und erst, wenn die Lues sich allmählig zu erschöpfen beginnt, der Geburt frühreifer todter, ausgetragener todter, alle Zeichen der ererbten Syphilis tragender Früchte weichen, endlich solcher, welche zwar lebend und syphilitisch, bald nach der Geburt lebensschwach sterben. In der späteren Folge können erst Kinder zur Welt gebracht werden, die lebensfähiger sind, aber noch Hereditärsyphilis haben, welche aber bei der einschlägigen Behandlung heilen kann, oder auch solche, bei welchen die ererbte Syphilis bereits so in ihrer Aktionskraft herabgesetzt ist, dass sie einige Wochen bis Monate im Zustande der Latenz verharret, bevor sie zum Ausbruch gelangt. Kindern mit solcher, wenn ich so sagen darf, reduzierter Syphilis können, wenn die elterliche Syphilis in Jahren vorgeschritten ist, endlich vollkommen gesunde Kinder nachkommen. Nicht immer hält sich die Vererbung strikte an diesem Schema, weicht aber von diesem nur in seltenen Fällen ab; nie kommt es aber vor, dass bei denselben Eltern ein vollkommen gesundes und ein krankes, frühreifes oder todtgeborenes alterniren.

Eine merkwürdige und nicht zu übersehende Erscheinung ist es, dass eine methodische, merkurielle Behandlung (in erster Linie Einreibungskur) das Gesetz, die mehr minder konstante Gesetzmässigkeit der Vererbung in eingreifender Weise beeinflussen und verändern kann. Es liegt dadurch in unsere Macht, auch einer rezenten Syphilis Bedeutendes von ihrer Vererbungsfähigkeit zu nehmen, und kann es durch sie gelingen, die in ihrer Blüthe stehende Vererbungssyphilis so weit zu paralysiren, dass sie, nachdem sie ihre verheerende Wirkung durch Abortus und rasch tödtende Hereditätssyphilis geäussert, bei späteren Geburten mehr zurücktritt, und dem Erscheinen lebender Früchte und im besten Falle solcher, bei welchen die vererbte Krankheit nur andeutungsweise sich manifestirt, kein Hinderniss setzt. Dieser wohlthuende Einfluss der Quecksilberkur vermag sich zuweilen über mehrere Jahre zu erstrecken; doch nicht immer gelingt es, andererseits die stürmische Lues auch nur momentan zu beruhigen. Ist die Konstitution des Patienten eine gute, seine Syphilis keine deletäre, so kann man erwarten, dass der Merkur seine Dienste nicht versagen und

den Eltern die Freude an einem lebensfähigem Kinde nicht vergällen werde, eine Freude, die ohnedies keine dauernde ist, da das Uebel oft mit ungeahnter Heftigkeit gegen ihre spätere Leibesfrucht hervortreten kann.

Ebenso wirksam fand ich das Quecksilber bei Schwangeren, in Fällen, wo eine Frau, die von einem gesunden Manne konzipirte und zur Zeit der Konzeption gesund war, während der Gravidität von ihrem inzwischen erkrankten Manne oder ausserehelich infiziert wurde. Ich fand in solchen Fällen die Frucht stets erkrankt, wenn der Ausbruch der sekundären Symptome bei der Frau noch innerhalb der Gravidität gefallen war. Ich war vor Irrthum geschützt und vor Täuschung bewahrt, dass ich es mit hereditärer Syphilis zu thun habe, die auf einer bei der Schwängerung schon bestandenen Syphilis eines Theiles der Eltern beruhe, da ich stets davon ganz überzeugt war, dass beide Eltern bei der Schwängerung durchaus nicht luetisch, das neugeborene Kind es aber deutlich war, wenn auch nur im geringen Grade, und dass die Infektion der Mutter faktisch erst im Verlaufe der Schwangerschaft geschah.

Es wird noch von vielen Aerzten die Möglichkeit einer Infektion des Kindes unter den obgenannten Umständen bestritten. Von den neueren Beobachtern, welche sie zugeben, ist ROSEN zu nennen. Er glaubt, dass die Uebertragung der Syphilis auf das Kind nicht statthabe, wenn die konstitutionelle Erkrankung der Mutter aus der ersten Schwangerschaftshälfte datirt; BOECK wieder im Gegentheil, dass die Syphilis der Mutter, wenn sie in den letzten Monaten der Schwangerschaft acquirirt wird, auf das Kind sich nicht vererbt. ZEISSL sagt: „Kinder, welche während des Uterinallebens die syphilitische Diathese überkommt, bringen entweder manifeste Erscheinungen der Syphilis mit zur Welt, oder es treten diese in den ersten Tagen ihres Extrauterinlebens auf.“

In Bezug auf den Termin des Ueberganges der mütterlichen Syphilis auf den Fötus stimmt er mit BOECK überein. „Wird jedoch eine schwangere Frau bei vorgerückter Schwangerschaft infiziert und mit Syphilis behaftet, so kann sie dennoch eine gesunde, ausgetragene Frucht zur Welt bringen.“

Nach OEWRE kann die Infektion des Kindes während der ganzen Dauer der Schwangerschaft erfolgen. Ist die Mutter zu einer Zeit infiziert worden, in welcher das Kind auch schon ausserhalb des Uterus lebensfähig war, also nach dem siebenten Monate der Gravidität, so hält er es für rathsam, die Frühgeburt einzuleiten, um so den Fötus vor Ansteckung zu bewahren.

Ich habe früher angedeutet, dass syphilitische Eltern ein anscheinend gesundes Kind erzeugen können, ein Kind, in welchem die luetische Infektion längere Zeit verborgen bleiben kann, die aber immerhin vorhanden, in nicht bei allen Fällen gleicher zeitlichen Entfernung von der Geburt, durch unzweideutige Merkmale der ererbten Seuche sich zu erkennen gibt. Die hereditäre Syphilis bindet sich also nicht, wie es bei der akquirirten nahezu Norm ist, bei ihrem ersten Hervorbrechen an ihrem

Träger an gewisse Zeitperioden, lässt sich vielmehr in Bezug darauf einen ganz bedeutenden Spielraum — ein Umstand, der wohl die Diagnose am Kinde in den ersten Lebenswochen und am Säuglinge nicht, sie aber schon am Kranken, der das erste Lebensjahr überschritten, zur dubiosen macht. Es tritt demnach an uns die Frage der Latenz der Hereditärsyphilis heran.

Latenz der hereditären Syphilis.

Es kann als allgemeingiltig angenommen werden, dass die Zeit des Ausbruches der ererbten Syphilis durch die Heftigkeit des Virus der Eltern bestimmt wird. Je virulenter die Syphilis derselben resp. eines Theiles derselben ist, desto näher dem Momente der Zeugung wird die Periode kommen, in welcher die Syphilis des Kindes sich manifestirt. Die Virosität des Kontagiums der elterlichen Syphilis äussert sich in seiner vielgestaltigen Vehemenz im schlimmsten Falle durch ein frühzeitiges Tödten des erzeugten Individuums in utero und dessen vorzeitiges Abstossen vom Mutterleibe, durch eine hochgradige Infektion, welche den Embryo nahe dem regelrechten Schwangerschaftsende oder an demselben todt oder lebensunfähig mit allen Zeichen der ererbten Krankheit behaftet auf die Welt kommen lässt; völlig reif, aber nicht minder lebensschwach, um den Kampf mit dem später erscheinenden oder schon vorhandenen Uebel aufzunehmen.

Die Syphilis, auch wenn sich selbst überlassen, kann in einem sonst gesunden Organismus allmählig ihre Heftigkeit einbüssen und endlich nach einer Reihe von Jahren ganz und gar schwinden.

Eine rechtzeitig eingreifende merkurielle Behandlung vermag, wie gesagt, die Intensität der Lues bedeutend herabzusetzen, auch dieselbe vorübergehend ganz zu paralysiren, wenn sie auch nicht im Stande ist, das ungeschwächte Hervorbrechen derselben zu verhüten. Fand die Zeugung in einer Zeit statt, in welcher die konstitutionelle Erkrankung des Vaters oder der Mutter spontan schon dem Erlöschen sich genähert, aber noch nicht gänzlich erloschen ist, oder durch die Therapie zeitweilig zum Schweigen gebracht wurde, so kann das Kind gesund, oder nur dem Anscheine nach sich gesund präsentiren, oder aber früher oder später schiesst der in ihm schlummernde Keim seiner mit an die Welt gebrachten Dyskrasie dennoch in die blühende Saat der proteusartigen Symptome derselben auf.

Die Beobachtung hat nun als Regel aufgestellt, dass die hereditäre Syphilis, wenn nicht bald nach der Geburt, sich höchst sicherlich in den drei ersten Lebensmonaten manifestirt, und dass man nach diesem Zeitpunkte von einer Manifestation derselben nicht mit allzugrosser Wahrscheinlichkeit überrascht wird. Man kann also in wenigen, aber immerhin möglichen Ausnahmefällen Zeuge von einer noch in viel späteren Monaten, im 4., 5., selbst 6. Lebensmonate ausbrechenden Hereditärsyphilis sein. DIDAY zeigt in seinen Zusammenstellungen von 158 selbst

kontrollirten Fällen angeborener Syphilis, dass von diesen bei 86 vor dem Ende des 1. Monates, bei 45 vor Ende des 2., bei 15 vor Ende des 3., bei 7 vor Ende des 4., bei je 1 vor Ende des 6., 7., 8., und sogar 24., demnach bei 146 von 158 Fällen die Syphilis vor Ende des ersten Vierteljahres sich zeigte.

KASSOWITZ gelangte zu einem ganz analogen Resultate. Von 124 selbst und ganz genau beobachteten Fällen erkrankten alle innerhalb der drei ersten Lebensmonate, und zwar 66 (53%) im ersten, 40 (32%) im zweiten und 18 (15%) im dritten Monate.

Ein späteres, von der Geburt entfernteres Hervorbrechen der Krankheit ist immer ein Beweis für die bedeutend herabgesetzte Vererbungsfähigkeit der elterlichen Syphilis, und gibt auch der Hoffnung Raum, dass durch sie dem Leben des Kindes vielleicht nichts mehr angehabt werde, und dass sie auch nicht in dem, durch die lange hinausgeschobene Latenz hinreichend gekräftigten, Individuum die Erscheinungen hervorbringen werde, durch welche sie so bedrohlich werden kann.

Aeltere, neuere und neueste Autoren führen zahlreiche Beispiele an von erst in vorgerückterem Lebensalter als erste geltende, unerwartete Prorruption der ererbten Syphilis.

So berichtet RICORD in einer Sitzung der Academie de médecine (1853): „Ich habe in diesem Augenblicke einen jungen Mann von 17 Jahren in Behandlung, bei welchem erst in diesem Alter die von seinen Eltern überkommene Syphilis in tertiärer Form hervorbricht. Ich habe Menschen gesehen, bei welchen die syphilitische Dyskrasie erst im 40. Lebensjahre sich bemerkbar machte.“

Von ähnlichen Fällen sprechen CAZENAVE, BASSEREAU, MAISONNEUVE, MONTANIER, WILSON, SPERINO, GILBERT, ROSEN u. v. A.

BALLING berichtet von einem 16jährigen jungen Manne mit spezifischen Geschwüren im Rachen und Caries der Nasenknochen, an dem keine direkte bestimmte Primärinfektion nachweisbar war. Nach BELL und PRIEUX kann die hereditäre Syphilis erst lange nach erlangter Pubertät erscheinen.

BOUCHUT schrieb 1866 in der Gazette des Hôpitaux: „Die Norm ist allerdings, dass die hereditäre Syphilis bald oder mindestens in den ersten Monaten nach der Geburt sich zeigt; indessen gibt es Fälle, wo sie erst mit dem 5., 7., 10., 14., selbst 15. Jahre zum Vorschein kommt. RICORD hat den viel selteneren Fall beobachtet, dass bei zwei Brüdern die angeerbte Syphilis erst um das 40. Lebensjahr sich gezeigt hatte. Dieser Fall wird freilich durch die grosse Autorität des eben genannten Syphilidologen glaubhaft gemacht. Was mich betrifft, so habe ich vor einigen Jahren im Hôpital St. Eugène ein 10jähriges Mädchen gesehen, welches ich auch RICORD zeigte, bei dem die angeerbte Syphilis durch Durchbrechung der Nasenscheidewand und Durchlöcherung des Gaumengewölbes sich kundgab.“

Aehnliche Fälle werden in Unzahl bis heute weiter vorgebracht. Sie erbringen durchgehends aber nie den Wahrheitsbeweis für Hereditärsyphilis, sondern vielmehr für tertiäre, inveterirte Syphilis, deren Anfänge nie klar dargelegt, thatsächlich weit zurück datiren und übersehen worden sind. Sie sind deshalb mit der grössten Vorsicht aufzunehmen. Wird auch eine primäre Affektion und Infektion durch geschlechtlichen Verkehr in Abrede gestellt, so lasse man sich dadurch wenig beirren, wie denn überhaupt anamnestiche Angaben nur untergeordneten Werth für die Diagnose des Arztes haben. Man bedenke nur, in welcher Unkenntniss über Syphilis das grosse Publikum sich befindet, wie leicht, zumal bei Weibern, ein Primäraffekt übersehen wird, durch wie viele Pforten die Syphilis sich Eingang in den Organismus verschafft, und wofür dann ihr erster Lokalprozess gedeutet wird. Es ist immerhin möglich, dass Fälle von tertiärer Syphilis in den Kinderjahren auf hereditärer Syphilis beruhen, an deren frühere, in den ersten Lebensmonaten manifest gewordene Symptome vergessen wurde; wie oft aber auch früh, bald nach der Geburt akquirirte Syphilis, deren Initialaffekt und sekundäre Erscheinungen übersehen, oder nicht als solche erkannt worden waren.

Mir sind Fälle bekannt, wo die Hereditärsyphilis, die ich bald nach der Geburt konstatirte, im Kindesalter mit tertiären Formen rezidivirte, die aber dem, mit dem speziellen Falle, nicht Vertrauten ebensogut als akquirirte Syphilis hätte imponiren können.

Mit Recht sagt deshalb VIDAL ¹⁾, „dass die angeblichen Ausnahmen von sehr später Manifestation der angeerbten Syphilis sich bei genauerer Untersuchung als ganz gewöhnliche Vorgänge stattgehabter Ansteckung erwiesen.“

ZEISSL ²⁾ sah den spätesten Ausbruch der angeerbten Syphilis bei einem 14jährigen Mädchen. Er hält es für „möglich, dass Kinder eines an latenter Syphilis leidenden Vaters scheinbar gesund zur Welt kommen, und es auch während des ersten Kindesalters bleiben, aber allmählig entstehen an verschiedenen Hautstellen gummöse Infiltrate (Lupus syph. heredit.) mit gleichzeitigen Zerstörungen des weichen Gaumens und des Nasengerüsts (Ozoena syph.), Knochenaufreibungen etc.; Erscheinungen, welche in früherer Zeit noch häufiger als jetzt für Manifestationen der Skrophulose angesehen wurden.“ Er trennt die hereditäre Syphilis, die bald post partum meist in sekundären Formen von jener, welche erst nach Jahren mit tertiären Symptomen auftritt, nennt jene kurzweg „angeborene Syphilis“, diese „angeerbte latente Syphilis.“ „Man kann demgemäss“ heisst es ³⁾ bei ihm, „füglich eine angeborene Syphilis annehmen,

¹⁾ Dissertation über her. Syph. 1860.

²⁾ Lehrbuch p. 315.

³⁾ ibid. p. 115.

eine solche, die sich im Mutterleibe oder wenige Tage nach der Geburt manifestirt, und eine angeerbte latente Syphilis, welche erst später, zuweilen erst im Jünglingsalter, ihre Maske abwirft.“

Ich selbst habe indessen keinen wirklichen, d. h. wissenschaftlich unanfechtbaren Fall hereditärer Syphilis gesehen, der erst in später Kindheit oder gar nach dieser die ersten Anzeichen gegeben hätte. Nach meinen objektiven Beobachtungen muss ich die Latenz der angeborenen Syphilis bis zur Pubertät und nach dieser verwerfen, um so mehr, da ich den Ausbruch der ersteren nach zurückgelegtem ersten Lebensjahre nie sicherstellen konnte. Ich halte es mit DIDAY, der über diesen Punkt sich in Folgendem ausspricht:

„Sobald man annimmt, dass die angeborene Syphilis bis zum 20. und 30. Lebensjahre latent bleiben kann, so ist dies eine Lehre, die alles Mögliche verdecken kann, indem ja dann die selbstverschuldete Syphilis ganz bequem den Eltern zugeschrieben werden kann.“

Diagnose.

Die Erscheinungen der angeerbten Syphilis liegen zwar nicht immer und jederzeit so klar und handgreiflich zu Tage, dass Irrungen und unabsichtliche Täuschungen nicht mitunterlaufen könnten, oder ein Ding der Unmöglichkeit wären, doch gibt es gewisse Normen, deren Beachtung bei der Stellung der Diagnose von Belang und behilflich sein können. Gewisse Anzeichen, sie mögen einzeln oder nebeneinander bestehen, berechtigen unbedingt sich bestimmt und apodiktisch über die Art der Erkrankung zu erklären. Ist auch das eine oder das andere sekundäre Symptom nicht so scharf zum Ausdruck gelangt, dass es unzweifelhaft als solches hingestellt werden dürfte, so werden gewiss andere Merkmale von Seite der Schleimhäute, der inneren Organe, der Knochen solche Characteristica an sich tragen, dass sie zu höchst schätzbaren diagnostischen Mitteln sich gestalten. Man kann demnach sagen, dass in dubiosen Fällen eine auch schon kürzere Zeit fortgesetzte Beobachtung jeden Zweifel über die Natur des Leidens zerstreuen wird. Die Symptome der ererbten Syphilis, einmal hervorgetreten, entwickeln sich wenigstens theilweise schnellen Schrittes, erreichen bald ihre Höhe und sind in ihren Aeusserungen dann so bestimmt, dass, hat der Arzt einmal die Wesenheit der Syphilis richtig erfasst und erkannt, sie ihm auch im Gewande der ererbten Dyskrasie nicht lange versteckt und unerkannt bleiben wird. Es gibt Syphilide, die fast nur der ererbten Syphilis zukommen; der Pemphigus, mehr noch die syphilitische Hautinfiltration werden beinahe nur bei dieser gesehen. Nahe der Geburt des Kindes wird das Krankheitsbild meist kein wesentlich verschiedenes von dem sein, das die Krankheit liefert, wenn sie später oder spät post partum ausgebrochen ist.

Durch Habitus, atrophisches, elendes, kachektisches Aussehen des

Kindes darf man sich nicht leiten oder verleiten lassen. Das hereditär syphilitische Kind kann ganz gut konstituiert sein. Ich habe besonders 2—3 Monate alte Säuglinge gesehen, die, recht gut genährt, prächtig gediehen waren und bei welchen die bis dahin latent gebliebene Krankheit keine Entwicklungsstörung hervorzurufen im Stande war, urplötzlich in unzweideutigen Formen erschien.

Die bisher gesunden Ammenkinder, der Neugeborene, der schon durch viele Tage, zwei bis drei Wochen sein Sauggeschäft munter betrieb, konnten mit einem Male nicht so lange und ausdauernd an der Brust liegen, wie sie es bisher gethan. Ihre Lippen waren blass geworden und zeigten an verschiedenen Stellen tiefe, belegte Einrisse und Einkerbungen, zwischen welchen das Lippenroth sich erhob und papulös entartete; die Schleimhaut des Mundes, des harten Gaumens exkoriirt und geschwürig; am After, an und um die Genitalien, in der Leistenbeuge und Schenkel-falte wuchern breite Kondylome, die sich bald über das Hypochondrium, die innere Schenkelfläche ausbreiten; ebenso im Gesichte, in der Gegend der Augenbrauen, die zum Theile ausfallen. Die Cervikal- und Leistendrüsen schwellen merklich an, werden zuweilen haselnussgross, sind indolent und gegen Druck unempfindlich. Wie an den Lippen, zeigen sich an den Nasenöffnungen Rhagaden, in der Nase Geschwüre; aus der Nase fliesst zähes, schleimblutiges Sekret, das bald eitrig wird, eintrocknet und dieselbe verstopft. Die Stimme wird heiser, tonlos. Das Kind, das bis nun gut verdaute, leidet an Aufstossen, Ructus, Erbrechen und heftigen koliquativen, schleimigen, blutigen Diarrhoen. Die Milz und Leber sind vergrössert, gegen Druck empfindlich. Die Haut verliert ihre normale Weichheit und Geschmeidigkeit, wird pergamentartig trocken, rissig, in den Falten geschwürig, an vielen Orten schuppig; an der Haut der Brust, den Seiten des Thorax, des Abdomen bilden sich blassrothe, dunkelrothe Flecke.

Der eitrige Katarrh der Nase, die Coryza, das Eingesunkensein der Nase in den ersten Lebenswochen, auch ohne anderes Symptom, ist stets ein untrügliches Zeichen der hereditären Syphilis. Coryza bei erworbener Syphilis ist eines der spätesten Symptome derselben. Bei dem Neugeborenen und dem Kinde, bei welchem die Syphilis bald nach der Geburt und später erscheint, werden die breiten Papeln in der Aftergegend, um den Mund, hinter den Ohren, am Halse, die Hautrisse in den Lippen, Einrisse in den Mundwinkeln, Erosionen im Munde schon nach 10—15 Tagen nicht vermisst werden. Die verschiedenen Exantheme, das makulöse, das bullöse, das Schuppensyphilid können mit auf die Welt gebracht werden. Die Hautexantheme geben bei der Diagnose den grössten und gewichtigsten Ausschlag.

Der Neugeborene mit manifester Syphilis ist in der Mehrzahl der Fälle nicht ganz ausgetragen, äusserst schwach. Wenn am regelrechten Schwangerschaftsende geboren, ist sein Körpergewicht dennoch meist unter

die Norm gesunken. Sein Gesicht ist abgemagert, in zahlreiche Falten gelegt, sein Mienenspiel wegen der vielen Rhagaden an der Lippe und der Nase und Schwellung um dieselben, die Hautverhärtungen beeinträchtigt, wodurch in toto der Gesichtsausdruck, wie man es zu nennen pflegt, ein greisenhafter wird.

In der Submaxillardrüsengegend zeigen sich harte Infiltrate, die bald schmelzen und abszediren.

In der sich trocken anführenden, wenn auch fettig glänzenden, leicht schuppenden Haut, besonders und zuerst des Gesichtes und später auch der übrigen Körperstellen, zumal der Extremitäten, bilden sich zerstreut weisse, blasse, schmutzige, erdfahle oder dunkelpigmentirte Flecke, welche konfluiren und grössere Strecken einnehmen. Die Haut sieht wie russig angeraucht aus, ihre Pigmentation schwindet unter dem Fingerdrucke nicht. Nach mehr minder langem Bestande der Pigmentation entwickeln sich an der Stelle derselben das Schuppensyphilid, das Condyloma, das Geschwür.

Der angeborene Pemphigus spricht immer für dieluetische Krise des Kindes. Während der Geburt können die Pemphigusblasen geplatzt, die Blasenhülle abgestreift sein, und der Ort der früheren Bulla durch einen Epidermoidalverlust, wie er nach Brandblasen gesehen wird, kenntlich bleiben.

Hereditärsyphilitische Kinder bleiben in ihrer Entwicklung zurück. Die Dentition, der Verschluss der Fontanellen, der Suturen des Schädels verzögert sich. Die Gelenksenden der langen Knochen wie der Rippen (an ihrer Verbindung mit den Knorpeln) sind verdickt.

HUTCHINSON gab einige Winke, um noch im späteren Alter die angeerbte Syphilis an ihren unaustilgbaren Residuen wieder erkennen zu können. Zu dieser sind zu rechnen: das eingefallene Nasendach, prominente Stirnhöcker, getrübte Hornhaut nach abgelaufener interstitieller Keratitis, noch bestehende interstitielle Hornhautentzündung, die gewisse später zu erwähnende Missbildung der bleibenden Schneidezähne, feine lineare, glänzende, von den Narinis und den Mundwinkeln ausstrahlende Narben nach den bereits angeführten Rhagaden.

Die meisten dieser Symptome haben aber thatsächlich nur einen irrelevanten Werth für die retrospektive Diagnose der Syphilis. Die pathologischen Zustände am Knochensysteme können aber auch, wenn die Vorgeschichte des Individuums unbekannt ist, ebenso gut aus dem rhachitischen Prozesse hervorgegangen sein, dessen Konnex mit der Syphilis noch immer problematisch und nicht erwiesen ist.

Symptomatologie.

Bei der Beschreibung der einzelnen Erscheinungen der angeerbten Syphilis will ich mich ausschliesslich auf die Schilderung derjenigen beschränken, welche die Krankheit strenge von anderen unterscheiden und ihr den eigentlichen und eigenthümlichen Charakter verleihen, mit anderen

Worten alle jene Symptome übergehen und bei Seite lassen, welche sie zumeist begleiten, als untergeordnete Theilerscheinung keinen diagnostischen Ausschlag geben. Zu diesen rechne ich alle krankhaften Manifestationen des vegetativen Lebens, die wohl als folgenschwere Kombination im jeweiligen Falle der Beachtung und Beobachtung des Arztes nicht entgehen werden und dürfen, deren langathmige und Bekanntes rekapitulirende, deskriptive Auseinandersetzung schliesslich nur auf Kosten einer genauen und deutlichen Zeichnung des zum Vorwurf gemachten Gegenstandes geschehen könnte.

Ich glaube nur dadurch Ihnen in der Vorlesung eine möglichst unverschwommene Darstellung der Syphilis hereditaria geben zu können, wenn ich bei deren Besprechung nur jene Seiten besonders hervorkehre, welche die Syphilis als solche am besten erkennen lassen und daher nur die syphilitischen Symptome par excellence berühre.

Unter diesen nehmen die kutanen und die mukösen den ersten Rang ein. Die übrigen will ich Ihnen aber auch nicht oberflächlicher als diese skizziren, da sie, wenn auch nicht so häufig wie die ersteren, vorkommen, um so eher von hervorragend diagnostischem Werth sind, als sie oft genug gerade bei Abwesenheit derselben die alleinige Grundlage für die Erkenntniss des Uebels sind. Ich werde mich deshalb bei allen in gleicher Weise aufhalten und alle, so weit es angeht und nöthig erscheint, detailliren, besonders dann, wenn wir es mit einem speciellen Produkt der hereditären Syphilis zu thun haben werden, das in der Symptomenreihe der erworbenen Lues kein oder nur ein theilweises Analogon findet, oder gar mit einer Manifestation, die, minder scharf ausgeprägt, mit einer nicht syphilitischen verwechselt werden könnte.

Beginnen wir mit der Beschreibung der

Syphilide.

Bei der Diagnose der Syphilide der Neugeborenen hat man sich im Ganzen und Grossen von den in der Dermatologie und der klinischen Beobachtung allgemein geltenden Grundregeln leiten zu lassen; doch hüte man sich, sie in ihrer Wesenheit in eine Parallele mit den Hauterscheinungen, welche die Syphilis am Erwachsenen zur Folge hat, stellen zu wollen. Wenn auch Produkt des syphilitischen Virus, ist doch ihr Charakter ein von dem durch akquirirte Syphilis hervorgebrachter Exantheme ganz verschiedener. Genese, Dauer, Evolution, Involution, Umbildung und Folgereihe sind ihnen so eigenthümlich, dass sie dadurch von den Hautprozessen erworbener Lues sich genügend differenziren.

Die Exantheme der hereditären Syphilis zeigen dieselben Typen wie die Syphilis der Erwachsenen. Wir kennen am hereditär syphilitischen Kinde sowohl ein makulöses, papulöses, squamöses, wie ein pustulöses, bullöses und knotiges, ulzeratives Syphilid. Das Erscheinen mancher dieser Exantheme ist an ein gewisses Alter gebunden, an gewisse Epochen

der Krankheit geknüpft, indem nicht nur allein gewisse Hautausschläge mehr als andere im Allgemeinen zur Ansicht gelangen, sondern dass diese oder die andere Form derselben in einer Epoche, die der Geburt des Kindes näher oder entfernter liegt, vorwiegt. DIDAY meint, dass bei Neugeborenen und Säuglingen die Haut wegen ihrer Zartheit und der starken Transpiration, den Nassen aller Art, denen sie ausgesetzt ist, wenig Disposition zur Bildung trockener Formen haben könne, und deshalb vielleicht die Bildung der *plaques muqueuses* vorherrsche.

Vor CAZENAVE wurde die Existenz der Schuppenausschläge noch vielseitig in Abrede gestellt. Am häufigsten äussert sich entschieden die Syphilis der Neugeborenen und Säuglinge durch *plaques muqueuses*, die an ihnen selbst da vorkommen, wo beim Erwachsenen nur trockene, seltener pustulöse Formen erscheinen, wie z. B. an den Handtellern.

An einem und demselben Individuum können, wie das oft zu sehen ist, mehrere Syphilide neben einander bestehen; das makulöse Syphilid ist selten allein, sondern begleitet meist das bullöse oder papulöse Syphilid; es ist das meist tardive, während das bullöse das früheste ist in den Fällen, wo es auftritt, indem vor ihm nie ein anderes Exanthem sich zeigt. Das papulöse Syphilid (*le syphilid en plaques*, PARROT) kann immer und an jedem Individuum, dem schwächlichen wie relativ starken, erscheinen.

Die *Roseola syphilitica neonatorum* kann allein oder mit anderen Exanthemen und Symptomen der angeerbten Syphilis, wie *Ulcers* des Mundes, Rhagaden an Mund und After, *Plaques* u. s. w. zugleich bestehen, angeboren oder bald nach der Geburt zum Ausbruche gelangen. Sie äussert sich durch runde, begrenzte, selten unregelmässige Hautflecke, deren Farbe zwischen hellroth, fleischroth, röthlich, gelb bis violett variirt, nie aber die Kupferröthe der *Roseola syphilitica* Erwachsener erreicht. Die Production der Flecke beruht auf Blutaustritt, Exsudation von Blutfarbstoff in das Hautgewebe, wodurch die spätere dunklere Pigmentirung des Exanthems und das Nichtzurückweichen desselben unter dem Fingerdruck erklärlich ist. Die Prorruption des Exanthems ist eine ziemlich langsame, und dauert es gewöhnlich 2—5 Tage, bis dieselbe am ganzen Körper vollendet ist, da nur einzelne Körperregionen nach einander, gewöhnlich zuerst die Unterextremitäten, das Gesicht und dann erst die Oberextremitäten und der Stamm von der *Roseola* befallen werden. Wie die Eruption, so ist auch ihre Rückbildung in den Fällen, in welchen sie eintritt, eine zögernde.

Die *Roseolaflecke* überragen als solche nie, wie VOGEL und TROUSSEAU angeben, das Hautniveau, noch weniger sind sie, wie BÄRENSPRUNG meint, am Rande etwas erhaben und in der Mitte napfförmig vertieft. Ebenso irrig ist die Behauptung BEDNAR'S, dass die *Roseola* in einigen Fällen schnell hervortritt und ebenso schnell verschwindet, um später wieder zu kommen, was sich sogar zwei bis dreimal hintereinander wie-

derholen kann. TROUSSEAU und LASÈGUE äussern sich ähnlich, aber nicht richtiger.

Nimmt die Exsudation, welche die Roseolaflecke konstituiert, zu, so hebt sich das Exanthem auch über die Hautebene und es ist also der Uebergang in das papulöse Syphilid geschehen. Die Epidermis des Fleckensyphilides hebt sich ab, spaltet sich, wodurch eine gelinde Abschuppung sich etablirt. Das erythematöse und papulöse Syphilid können auf diese Weise neben einander existiren.

Involvirt sich das papulöse Syphilid, so kehrt es durch allmälige Abflachung in seine Ursprungsform, die Roseola, zurück.

Die Diagnose der Roseola syphilitica der Neugeborenen macht in der Regel keine besonderen Schwierigkeiten, obwohl sie, wenn das Exanthem spärlich und im Beginne bei schwacher Tingirung der Flecke, vielleicht Verlegenheit bereiten könnte. Diese wird erhöht, wenn das Kind in Ruhe sich befindet und die Injektion der Haut die normale, d. h. letztere schwach hyperämisiert ist. ZEISSL verschafft sich die Ansicht der Roseola durch plötzliche Versetzung des Kindes in eine niedrigere Temperatur, beispielsweise in ein ungeheiztes Nebenzimmer, weil dadurch „das in den Hautkapillaren zirkulirende Blut theilweise zurücktritt und dadurch das ausserhalb der Zirkulation befindliche, die Flecke bedingende exosmosirte Exsudat und Blutpigment der betroffenen Hautstelle ein blau-roth geflecktes Aussehen verleiht.“ Sie werden bei sorgsamem Müttern bei der Ausführung dieses Experimentes auf einigen Widerstand stossen, weshalb ich Ihnen den Vorgang, den PARROT übt, um sich von der Gegenwart der Roseolaflecke zu vergewissern, anführe.

„Bei irgend welcher Körperanstrengung,“ lehrt er, „welche die Kinder machen und welche die Haut in einen lebhafteren Kongestionszustand versetzt, wie die Defäkation, das Urinabsetzen und Schreien, sieht man die Hautläsionen, besonders wenn es sich um die Roseola handelt, klarer und mehr in den Vordergrund treten. Sie brauchen deshalb keinen Augenblick anzustehen, die Haut des Kindes derart mechanisch zu irritiren, z. B. durch Zwicken und Kneipen, dass es schreit, um so die Kongestion hervorzurufen, welche die nur angedeutete Eruption gut markirt.“

SIGMUND erreicht dasselbe durch längeres Warmhalten des Kindes, durch ein wärmeres Bad, im schlimmsten Falle durch nachdrückliches Streichen einer grösseren Hautregion mit der Flachhand.

Eine Verwechslung der Roseola syphilitica mit anderen Hautleiden, wie der einfachen gewöhnlichen Roseola, den Masern, dem Erythem der Kinder, kann bei eingehender Würdigung des Exanthems selbst und der dasselbe begleitenden Nebenumstände leicht umgangen werden.

Die einfache gewöhnliche Roseola stellt sich bei Säuglingen und Kindern oft ohne jede nachweisbare äussere oder innere Veranlassung ein und kennzeichnet sich durch zerstreut liegende rosen-, kirschrothe Flecke,

ähnlich jenen, wie sie in den Anfängen der Masern sich zeigen. Dieses Exanthem, das ich zuweilen nach der Vaccination angetroffen habe, ist aber zum Unterschiede von der Roseola syphilitica durch seine bedeutende Flüchtigkeit und durch das Fehlen der bei Roseola syphilitica selten fehlenden konkomitirenden Erscheinungen der Syphilis zur Genüge gekennzeichnet.

Die Masern befallen bekanntlich fast nie die Kinder in dem Alter und innerhalb der Altersgrenzen, in welchem die Syphilis hereditaria normaliter zum Ausbruche gelangt. Die Morbillen der Säuglinge weichen aber in nichts von den Morbillen der Erwachsenen ab, und ist ihr Symptomencomplex auch im Säuglings- und Kindesalter derselbe. Heftiges Fieber, akute Coryza, Niesen, rasches Ergriffensein des Respirationstraktes, Bronchial- und Lungenkatarrh, rothe Flecke am Gaumen etc. fehlen nie.

Masern habe ich auch bei älteren syphilitischen Säuglingen noch nie beobachtet.

Das einfache Erythem in seiner polymorphen Gestalt ergreift zuweilen Kinder im niederen Alter. Dasselbe hat aber so scharf ausgeprägte Anzeichen, dass der Unterschied zwischen ihm und dem in Rede stehenden syphilitischen Exanthem bald in die Augen fallen wird.

Kleinpapulöses Syphilid.

In wenigen vereinzeltten Fällen kam mir an mit hereditärer Syphilis behafteten Kindern ein kleinpapulöses Exanthem zur Ansicht, das mit dem gleichnamigen Exanthem der Erwachsenen die grösste Identität aufweist. Ich bemerkte kleine, stecknadelkopfgrosse, rothe, braunrothe, harte Knötchen zuweilen um die Haarfollikel disseminirt oder in kleinen Häufchen gruppirt. Die Effloreszenzen waren mit an die Welt gebracht oder in den allerersten Lebenswochen zur Entwicklung gelangt, und zwar in einem solchen Falle sowohl auf anscheinend gesundem, als krankhaft geröthetem Hautgrunde. An den isolirten, wie aggregirten Papeln ist eine oberflächliche Abschuppung deutlich wahrnehmbar. Ihr Standort war die palma manus und planta pedis an den Seiten des Thorax, am Nacken, an der Stirne, zwischen den Augenbrauen und um die Augen selbst. In einem Falle war die Ausbreitung am Thorax so weit gediehen, dass die Schuppen der Papeln Massen bildeten, dass man auf den ersten Blick wähnte, eine Psoriasis vulgaris vor sich zu haben. Die Unterscheidung von einer solchen war nicht schwer durch die Berücksichtigung der vorliegenden Dermatoze selbst, wie durch den Umstand, dass andere, unzweideutige Zeichen des Grundübels meine Aufmerksamkeit bald auf dieses lenkten. Zudem ist eine gewöhnliche Psoriasis in dem Alter des untersuchten hereditär syphilitischen Kindes, es war 8 Wochen alt, ein Vorkommniss, das nirgends registrirt ist.

Der Vergleich mit dem klein-papulösen Syphilide der Erwachsenen ist

noch weiter durchführbar. Wie dieses ist es äusserst hartnäckig und von langem Bestande; es geht keine progressive Veränderung ein. Eine Eiterung in den einzelnen Knötchen habe ich nie beobachtet. In einem Falle, in welchem das Exanthem an der Stirne zwischen den Augenbrauen und in diesen sich bildete, trat die vollständige Involution in der Weise ein, dass die Haut an Stelle der Papeln atrophirte und alle Brauen ausfielen und sich bis zu dem am Ende des vierten Monates eingetretenen Tode nicht wieder ersetzten. Von den Kindern, an welchen ich das kleinpapulöse Syphilid bemerkte, starben einige, noch bevor dasselbe sich rückgebildet hatte.

Das papulöse Syphilid, die Schleimpustel, muköse Platte, nässende Papel, nässende Haut-, Schleimhautpapel, tuberculum mucosum, Plaque muqueuse.

Ich habe Ihnen schon bei der Besprechung des makulösen Syphilides die Entstehungsweise des papulösen Syphilides angedeutet und die Wechselbeziehungen beider berührt. Der Unterschied zwischen beiden Syphiliden ist, wie PARROT richtig bemerkt, nur ein gradueller, in der Menge der ergriffenen Haut gelegen. Nimmt die Exsudation bei der Roseola zu, ist die Quantität des Exsudates so gross geworden, dass sie das über selbe gelegene Hautgewölbe emporhebt, so entsteht ein Exanthem, welches das Hautniveau überragt, die Papel.

Die Papel ragt nicht immer gleich hoch über die Hautebene empor. In einzelnen Fällen beträgt die Prominenz nicht einen halben Millimeter, in anderen aber wieder bis zwei Millimeter und darüber. Ihre Form ist eine gleichmässig runde, kreisrunde, eirunde. Zuweilen von einem 1—2 bis 3 Millimeter breiten, gerötheten Saume umgeben, zeigt sie dann auch in ihrer Mitte eine dellenartige Depression. Die Farbe der Papel hängt von äusseren Verhältnissen ab und schwankt zwischen grau, blassroth und dunkelroth. Die Farbennuance wechselt nach dem Standorte. An der Haut der Extremitäten, abschüssiger Körperstellen, kurz an solchen, wo die Kongestion grösser ist, als an anderen, ist auch die Röthe der Papel eine dunklere.

Wie schon die Benennung „nässende Papel“ sagt, ist eine die Papel bezeichnende Eigenschaft die Ausschwitzung von Flüssigkeit. Die Oberhaut der Papel erodirt, so dass das Corium blossliegt und ein gelbliches klebriges, fötides Fluidum sezernirt.

Dasselbe trocknet ein und bildet dünne Krüstchen, Schüppchen, die nicht lange haften bleiben, sondern bald nach der Formation abgestreift werden, wodurch eine Art schwacher Desquamation entsteht. Die desquamirende Papel ist prononziert dunkelroth.

Die Papel ist die Effloreszenz par excellence der Syphilis hereditaria. Es wird Ihnen kaum ein solcher Fall vorkommen, wo Sie

jene nicht zu beobachten Gelegenheit haben werden, und wird es zumeist die Papel sein, welche in dubiosen Fällen Ihnen die Diagnose sicherstellen helfen wird. Die Papel mit ihrer fühlbaren Prominenz und die typischen Stellen, an welchen Sie selbe gewiss immer finden werden, wird Ihnen stets ein sicherer diagnostischer Anhaltspunkt sein, wenn die anderen Symptome des ererbten Uebels minder prägnant sich darstellen sollten.

Die Papel formirt sich vorzugsweise an solchen Hautpartieen, welche der steten Erweichung durch vermehrte Sekretion der Haut selbst, durch den Kontakt mit einer gegenüberliegenden Hautoberfläche oder durch die Absonderungen aus den natürlichen Körperöffnungen, am meisten exponirt sind. Sie werden ihr deshalb dort am häufigsten begegnen, wo Schweiss, vermehrtes und sich zersetzendes Sebum, Speichel, Urin und die dünnflüssigen Fäkalmassen des Kindes ihre schädliche Wirkung ausüben. Als Lieblingsstellen der Papel werden Sie demnach erkennen, an den Unterextremitäten: die Hinterbacken, die innere und hintere Seite des Oberschenkels, die hintere Seite des Unterschenkels, die Kniee; an den Oberextremitäten: die Achselhöhle, den Vorderarm, weniger die Hände; die plica genito-cruralis, das Skrotum, die grossen Labien. An den letztgenannten Stellen, wie an der Aftermündung, an der Afterkerbe, am Kinne, in dem dreieckigen Raume, unter dem mittleren Drittel der Unterlippe, an den Mundwinkeln, an der Seite der Nasenflügel gelangen sie zu einer Höhe und zuweilen auch einer Flächenausbreitung, wie sie an den anderen genannten Stellen nicht getroffen wird, und passt für die Papel mit grösserer Flächen- als Höhenausdehnung so eigentlich die Bezeichnung plaque muqueuse. In der Nähe der Schleimhäute, wie in Hautfalten erreichen sie ihre grösste Entwicklung und sind um so trockener und derber, je weiter sie von solchen entfernt sind.

Squamöses Syphilid. Psoriasis palmaris et plantaris syphilitica.

Neben der Abschuppung, die ein begleitendes Symptom des makulösen und papulösen Syphilides ist, im Ganzen jedoch geringfügig erscheint, kommt am syphilitischen Neugeborenen oder Säuglinge noch eine Desquamation vor, die zuweilen bedeutendere Dimensionen annimmt, sowohl in Betreff ihrer In- als auch Extensität, indem dafür die ganze Körperoberfläche den Boden abgeben kann. Es hebt sich nämlich allenthalben aber vorwiegend am Stamme die Epidermis in mehr minder grossen Umgrenzungen in Stecknadelkopf- bis Linsengrösse ab und bildet mit der folgenden neugebildeten und neu abgestossenen perlmutterartig glänzende, brüchige, leicht abhebbare, kleine Epidermidalplatten, die auf kupferrother Basis aufsitzen und durch Aneinanderstossen mit den nachbarlichen grössere Scheiben bilden. Zwischen den einzelnen Scheiben, plaques, reisst der gesund gebliebene Hautstreifen zuweilen ein, wodurch schmerzhaft, schwer heilende Schrunden entstehen, die zu äusserst torpiden Geschwüren führen können.

Mit der gewöhnlichen nicht syphilitischen Schuppenflechte der Psoriasis vulgaris dürfte eine Verwechslung des geschilderten Syphilides, des squamösen Syphilides, auch dem Mindergeübten kaum widerfahren, da die Merkmale beider zu verschieden sind, und zudem noch anderwärtige Anzeichen auf den Charakter des Exanthems deuten werden. Uebrigens kommt, wie schon angeführt, eine Psoriasis vulgaris vor dem zweiten Lebensjahre nicht vor, innerhalb welcher Zeit die hereditäre Syphilis durch Exantheme aller Art, eventuell auch durch das squamöse sich gewiss geäußert haben wird.

Eine Unterscheidung von dem Eczema squamosum, für welches das Syphilid vielleicht auch noch angesehen werden könnte, ist ebenfalls unschwer. Das Eczema squamos. tritt primitiv immer mit einer Bläschenbildung auf, und nässt vom Grunde aus. Ist das Ekzem universell geworden, so wird es stets auch an den Wangen, an der Stirne, hinter den Ohren zu finden sein — Stellen, wo es meist originär auftritt — wo aber das squamöse Syphilid, so viel ich gesehen, sich nie lokalisirt.

Die Psoriasis palmaris et plantaris syphilitica ist bei Neugeborenen ziemlich häufig und ihr Ausbruch in den ersten Wochen oder Monaten des Lebens als Ausdruck der ererbten Syphilis gar nicht selten. Man findet in der palma manus und in planta pedis deutlich, derbe, resistente Stellen, an welchen eine Abschuppung sehr deutlich wahrzunehmen ist. In einem Falle, den BOUCHUT¹⁾ beschrieb, war die Haut an den Handtellern und den Fusssohlen „abgestossen“ und stellenweise so scharf losgelöst, als wäre sie absichtlich mit einem Aetzmittel entfernt. Die entblösste Stelle, die, wie gesagt, nur in den Handflächen und im geringeren Grade an den Fusssohlen und an den Fersen sich bemerkbar machte, ist kupferroth und erscheint wie mit kochendem Wasser abgebrüht. Das Kind scheint dabei nicht sehr zu leiden. Von den Eltern des Kindes wird behauptet, dass Blasen oder Phlyktänen dieser Abschuppung der Cutis nicht vorausging, sondern dass die Handflächen immer trocken gewesen seien. Es ist dies also eine wirkliche syphilitische Psoriasis palmaris, wie man sie bei Erwachsenen antrifft, mit dem Unterschiede jedoch, dass sich dabei nicht so scharf begrenzte Psoriasschuppen zeigen. Im Uebrigen ist dieses 6 Wochen alte Kind überall, besonders an Armen und Beinen, mit kupferrothen Flecken besetzt. Es ist dies das vierte Kind derselben Ehe; die beiden ersten Kinder sind im siebenten Schwangerschaftsmonate todt zur Welt gekommen; das dritte Kind im siebenten Schwangerschaftsmonate war lebend, starb überdeckt mit Flecken und Pusteln sieben Monate nach der Geburt. Der Vater litt und leidet noch an allgemeiner Syphilis.“

¹⁾ „Journal für Kinderkht. 1866,“ p. 378.

Das gummöse Syphilid.

Knotenbildungen in der Haut syphilitischer Säuglinge sind ziemlich selten.

Ich will das Gumma von den mehr diffusen Zellgewebs-Infiltrationen mit konsequenter Vereiterung, die an diesen ebenfalls beobachtet werden können, ganz getrennt wissen und nur jene Knotenbildung sensu stricto als Gumma annehmen, die von vorneherein in ihrer Anlage sich als solche darstellt. Vor dem abgelaufenen zweiten oder dritten Lebensmonate hat man es selten zu gewärtigen. Es entwickelt sich zumeist, wenn Roseola, papulöses, pustulöses Syphilid, schon lange allenthalben floriren oder gar schon zur Heilung gelangt sind, ist demnach eine Spätform auch der hereditären Syphilis und entwickelt sich an, von anderen Hautsymptomen schon völlig freigelassenen, Stellen. Man merkt dann subkutane, erbsengrosse, indolente, hart sich anfühlende oder elastische unbewegliche Knoten, die langsam anwachsen.

Nachdem sie nun bisweilen Haselnussgrösse erreicht, erweichen und fluktuiren sie nach einiger Zeit. Resorption der gummösen Masse habe ich nie gesehen. Hat sich die Haut über dem Gumma leicht geröthet und wird in dieses eingeschnitten, so entleert sich gelblicher, mit Blut untermischter Eiter. Das so oder durch spontanen Aufbruch entstandene gummöse Geschwür ist torpid, eitert wenig und braucht ziemlich lange bis es zur Heilung kommt. War das Gumma an einer Hautstelle gewesen, die direkt an einem Knochen aufsitzt, so dauert der Prozess noch länger, da in einem solchen Falle der Knochen sicherlich mit ergriffen wird, das Periost sich entzündet, der Knochen in der Folge kariös und nekrotisch wird, auf mehr minder grossen Strecken blossgelegt wird und sich schliesslich exfoliirt, wenn das Kind nicht früher zu Grunde gegangen ist.

Ich habe einschlägige Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt. Meist trat multiple Gummabildung auf. Ich sah gummöse Abszesse an der Stirne, am behaarten Kopfe an den Seitenwandbeinen, am Oberarme, an der Hand. Unter der wiederaufgenommenen antisypilitischen Behandlung sah ich nur einmal (es war dies ein gummöses Geschwür an der Handfläche, im Gesichte und am Oberschenkel) Heilung eintreten und dieses Mal war es zur Mitleidenschaft des Knochens nicht gekommen. Das betreffende Kind war das erste einer Ehe eines Mannes, den ich zirka sechs Jahre vor der Geburt des Kindes an sekundären Symptomen behandelte, und neun Monate alt, als sich das gummöse Syphilid zeigte. Seine Syphilis führte sich am Ende des dritten Lebensmonates, bis wohin es kein Zeichen der ererbten Krankheit hatte, mit einer Roseola und Coryza und Rhagaden am Mund und After ein. Später Schleimpapeln an verschiedenen Körperstellen. Heilung im fünften Monate. Fernebleiben aller Symptome, bis gegen das Ende des neunten Monates die Syphilis mit den Gummatibus rezidivirte. Die merkurielle Behandlung wurde aufgenommen, das Kind

künstlich genährt, aber sorgsam gepflegt. Heilung nach zwei Monaten. Das Kind, das bis zum Alter von 3 Jahren unter meiner ärztlichen Aufsicht blieb, erkrankte bis zu diesem Alter nicht wieder an Syphilis, doch trug es den Stempel derluetischen Kachexie, indem es in seiner Entwicklung bedeutend zurückblieb.

Pemphigus syphiliticus, malignus gravis, Pemphigus mortel, congenital.

Zu den frühesten Hautsymptomen der angeerbten Syphilis gehört unstreitig der Pemphigus. Nicht nur dass er mit an die Welt gebracht wird, kurz nach der Geburt erscheint, kann er auch schon im Fötalleben im 6. oder 7. Schwangerschaftsmonate zum Ausbruch gelangen.

Der Pemphigus syphiliticus ist ein prononziert bullöses Exanthem, das, wohl am Erwachsenen eine seltene Erscheinung, am syphilitischen Neugeborenen häufig angetroffen wird und stets in akuter Form auftritt. Sein hervorragendstes Charakteristikum ist sein Sitz. Konstant sieht man ihn von den Fusssohlen und den Handflächen seinen Ausgang nehmen und von da aus zuweilen auf die Haut des Hand- und Fussrückens, der Zehen und Finger, des Unterschenkels und des Vorderarmes sich ausbreiten. Gewöhnlich bleibt er auch darauf nicht beschränkt und greift auf Oberarm und Oberschenkel, sogar den Stamm über, zuweilen lässt er auch selbst das Gesicht nicht frei.

An den Hautpartien, wo Pemphigus sich entwickeln soll, sieht man fast ausnahmslos dieselben sich zuerst dunkelblauröthlich verfärben und hierauf nach einem Zeitraume von 48—72 Stunden die Epidermis von dem tief fonzirten umgrenzten Grunde sich abheben, und unter derselben ein seröses Fluidum sich sammeln. Auf diese Weise entsteht an allen Orten die Blase, welche den Pemphigus konstituiert. Die Grösse der Blase wie ihre Zahl ist keine konstante, ihre Form unregelmässig. Anfänglich von der Grösse eines Hanfkornes, Nadelkopfes, wächst die Effloreszenz rasch zu der einer Linse, Erbse, im Maximum zu der einer kleinen Haselnuss an. Haben sich mehrere Blasen nebeneinander gebildet, so können sie konfluieren und zu einer einzigen mächtigen verschmelzen, was gewöhnlich an den Fusssohlen und Handflächen geschieht und um so weniger an solchen zur Beobachtung kommt, je weiter deren Standort von den genannten Regionen sich entfernt.

Das Kontentum der Bullen des Pemphigus syphiliticus ist anfänglich ein seröses, ähnlich demjenigen des einfachen Pemphigus, trübt sich aber bald milchig und wird ein rein eitriges, zuweilen blutig-eitriges. Entsteht der Pemphigus syphiliticus in einer von der Geburt entfernteren Periode, so ist er stets disseminiert und weicht auch von dem angeführten Schema noch in anderer Weise ab. Er erreicht dann selten die Dimensionen einer wahren Blase und kommt dann gewöhnlich nicht über die Grösse einer Variolapustel hinaus. Die kleine Bulle ist aber nicht wie die letztere genabelt, dellenartig vertieft, enthält aber stetig grünlich-gel-

ben Eiter. An vielen Stellen sieht man dann die Bulle sogar abortiv zu Grunde gehen; ein anderes Mal kommt sie gar nicht zu Stande, und man sieht die infiltrierte Hautpartie, an welcher sich der Pemphigus entwickeln sollte, als rothe Plaque weiterbestehen.

Die Eruption des Pemphigus, welche zuweilen eine merkliche Fieberbewegung einleitet, nimmt einen ziemlich raschen Gang. Die Blasen haben keinen langen Bestand und dauern in wenigen Fällen länger als drei Tage. Die Kinder, die von Pemphigus syphiliticus befallen werden, zeigen zuweilen vor dem Ausbruche desselben eine lebhafte Unruhe, äussern Schmerz, können Hand- und Fusswurzelgelenk nur schwer bewegen und halten die Hände steif nach innen flektirt.

Der Verlauf des Blasenausschlages ist ein verschiedener. Ist der Blaseninhalt, die Spannung in der abgehobenen Oberhaut keine bedeutende, so bleibt sie so erhalten, und der Inhalt resorbirt oder konsolidirt sich, und trocknet zu einer dünnen, dunkel-missfarbigen Kruste ein. Nimmt der Blaseninhalt rasch zu, so kann die Blase platzen und so ihr Eiter den Weg nach aussen sich verschaffen, wobei die Reste der Blasenhülle an der umlagernden gesunden Epidermis herabhängen. Die Cutis erscheint blossgelegt, roth tingirt und gibt Raum für eine Exkoration, welche ein spärliches eitriges Sekret absondert, das noch vertrocknet, wenn nicht inzwischen der Tod des Kindes dem krankhaften Vorgange Einhalt gethan hat. Ein andermal reisst die Blase nur zentral ein, und es entsteht dann eine tiefe kraterförmige, mit einem rothen Grunde versehene Exkoration, die um so grösser wird und um so deutlicher zu Tage tritt, wenn die Hülle seitlich mehr einreisst, und auf diese Weise sich retrahirt, was bei Neugeborenen wohl seltener geschieht, da sie indessen gewöhnlich mit dem Tode abgehen.

Der Tod des syphilitischen Neugeborenen ist auch die Ursache, warum aus gerissenen Pemphigusblasen entstandene, tiefer in's Cutisgewebe greifende Geschwüre so selten zur Anschauung gelangen, und so deren Existenz von mancher Seite geleugnet wird, wie nicht minder Ulzerationen unter den dicken Krusten, welche aus dem eingetrockneten Blaseninhalte sich formiren können.

Dieser hat eine höchst markante Zusammensetzung und erklärt zur Genüge die derbe Konsistenz der Kruste, die dem Pemphigus syphiliticus eigen ist. Oeffnet man die Blase des syphilitischen Pemphigus und fängt den Inhalt auf, so erkennt man in der zähen Flüssigkeit deutlich eine Menge kleiner Flocken von regelmässiger Gestalt, die unter dem Mikroskope sich ganz und gar als aus Lamellen vom Rete Malpighi, an welchen unzählige Eiterkörperchen und zahlreich fibrinöse Granulationen hatten, bestehend erweisen.

Hat ein hereditär syphilitischer Säugling eine Eruption des Pemphigus überlebt, so kann es geschehen, dass sie sich, wie ich des Oefteren gesehen, nach 3—6 Tagen wiederholt. In dem Masse aber, als der

Pemphigus an Ausbreitung zunimmt, nehmen die Kräfte des Kindes ab, und es geht zu Grunde. Ein zweiter Nachschub kann noch kommen, wenn die erste Eruption länger schon, als eben angeführt, überstanden, und sogar schon geheilt ist. Es sind Fälle von ganz glaubwürdigen Autoren verzeichnet, wo Pemphigus syphiliticus ein zweites Mal nach 14 und 19 Tagen an demselben Individuum gesehen worden war.

Wie bereits gesagt, kann der Pemphigus syphiliticus eine Fötalerkrankung abgeben, und als solcher an früh- und todtgeborenen Früchten erkannt werden. Dass er demnach an reifen ausgetragenen Früchten mit auf die Welt gebracht zur Ansicht gelangt, ist selbstverständlich. In der Regel befällt er mit hereditärer Syphilis behaftete Neugeborene schon längstens am dritten Tage post partum, was aber in Ausnahmen sein Hervorbrechen in einer weiter von der Geburt entfernteren Periode nicht ausschliesst. So berichtet beispielsweise STAMM von einem Pemphigus syphiliticus, der sieben Tage, HERTLE über einen Fall von Pemphigus syphiliticus, der zwei Wochen, OLLIVIER und RANVIER von einer Eruption desselben, die acht Wochen nach der Geburt zum Vorschein kam.

Angeboren oder in den ersten Lebenstagen sich manifestirend, ist der Pemphigus immer der Ausdruck einer schweren, tiefeingreifenden syphilitischen Erkrankung. Er wird sowohl an schwächlichen, marastischen, als vollkommen gutgenährten und entwickelten Kindern vorkommen. Fast immer ist er der Vorbote des bald eintretenden Todes; indessen kann eine gewisse Widerstandsfähigkeit des Kindes die Genesung herbeiführen.

Ich habe bisher konsequent von einem Pemphigus, welcher der Syphilis und speziell der ererbten Syphilis eigen ist, gesprochen, und mit dem Namen Pemphigus syphiliticus einen bullösen Ausschlag belegt, der als Krankheit sui generis der infantilen hereditären Syphilis zukommt. Nun gibt es noch heute, wenn auch nur mehr vereinzelt Syphilidologen und Kinderärzte, abgesehen von solchen nicht ernsthaft zu nehmenden Aerzten, welche die konstitutionelle und nur die ererbte Syphilis rundweg negiren, welche den Pemphigus syphiliticus als besonderes Syphilid der Neugeborenen nicht akzeptiren, denselben von dem einfachen Pemphigus nicht differenziren wollen und demnach die Bezeichnung Pemphigus syphiliticus neonatorum in Bausch und Bogen verwerfen.

Der Streit über die Natur des Pemphigus der Neugeborenen ist ein alter und hatte schon zu Ende des vorigen Jahrhunderts zu heftigen Kontroversen Veranlassung gegeben; doch ist diese wichtige Affektion der Neugeborenen erst in den letzten dreissig Jahren eingehend studirt worden. DUBOIS war der erste, der den Typus Pemphigus syphiliticus neonatorum aufstellte, als solchen zuerst beschrieb und seine bekannte Lokalisation angab. In Deutschland war es zuerst WALLER, der 1849 über Pemphigus syphiliticus geschrieben.

Zumeist waren es französische Kliniker, welche sich mit der Frage ernsthaft beschäftigten. Nachklänge des Streites waren sogar noch in der

Jüngstzeit zu vernehmen. DUGÈS, CRUVEILHIER, STOLTZ (in Strassburg), CAZENAVE, DUBOIS, DÉPAUL, OLLIVIER und RANVIER, BOUCHUT, PARROT, und Andere erklären sich entschieden für den syphilitischen Charakter des in Rede stehenden Exanthems, während TROUSSEAU, CUILLERIER, LASÈGUE u. A. unserem Pemphigus syph. neon. jedwede Beziehung zur Syphilis kurzweg absprechen. Ich kann mich der Meinung der Letztgenannten durchaus nicht anschliessen und ebensowenig der Ansicht Derjenigen, dass am Neugeborenen neben dem syphilitischen Pemphigus auch noch ein solcher vorkomme, der nicht Ausfluss der syphilitischen Diathese ist und als solcher genaue Unterscheidungszeichen an sich trage, eine Ansicht, welche RICORD, GUBLER, BAZIN, GIBERT, LALLIER, CAZEAN und BÄRENSPRUNG vertreten.

Für mich ist der angeborene Pemphigus, der Pemphigus des Neugeborenen immer eine syphilitische Eruption und stütze ich diese Behauptung auf die Thatsache, dass ich denselben nur an solchen Kindern gefunden habe, die neben ihm auch noch andere Merkmale der spezifischen Dyskrasie an sich trugen, und dass er dann die Charaktere des syphilitischen Pemphigus darbot. In der Mehrzahl der Fälle war es mir auch gelungen, die Syphilis eines Theiles der Eltern sicherzustellen.

Ich will Ihnen zur Stütze meiner These auch einige jener Autoren anführen, deren Beobachtungsergebnisse mit den meinigen übereinstimmen. So lehrt BOUCHUT in seinem Werke über Kinderkrankheiten: „Der angeborene Pemphigus, der vollkommen entwickelt ist, kann also als eine Manifestation der Syphilis angesehen werden.

„Man kann heutzutage nicht mehr daran zweifeln und herrscht nur noch die Frage — die Schwierigkeiten, welche hierbei auftreten, wollen wir nicht in Abrede stellen — ob man diese Form des Pemphigus erkennen kann. Wir halten die Diagnose immer für möglich.

„Ist der Pemphigus angeboren, so kann man über seine Natur keinen Zweifel haben, da bis jetzt immer der angeborene Pemphigus nur bei Kindern von syphilitischen Müttern beobachtet wurde.

„Allein wie wenn nun der Pemphigus nicht angeboren ist, sondern erst einige Tage nach der Geburt auftritt? Unter solchen Verhältnissen kann man es auch mit einem einfachen Pemphigus zu thun haben und dieser aus den ungünstigen Einflüssen, die Elend und Noth auf die Muttermilch und die Konstitution des Kindes ausübten, entstanden sein. Allein in solchen Fällen, und zwar in der Mehrzahl derselben, stossen wir auf Syphilis des Vaters, der Mutter oder auf Momente, die eine früher überstandene syphilitische Affektion hinreichend darlegen.“

Wie VOGEL, HÜTTENBRENNER, BEDNAR tritt auch REDER für den Pemphigus syphiliticus ein. Er schreibt: „Die syphilitische Natur des Pemphigus neonatorum wurde vielfach bezweifelt und geleugnet, da bei Erwachsenen nie eine blasige syphilitische Eruption vorkommt, die beschriebene Affektion des Kindes auch das Aussehen und den Charakter des

Pemphigus der Erwachsenen vielmehr als eines Syphilides an sich trägt. Doch sind die Fälle, in welchen bei mit Pemphigus geborenen Kindern die Syphilis der Eltern nachgewiesen werden könnte, zu häufig, als dass man noch länger zögern könnte, die Syphilis als Ursache dieser Eruption anzusehen. Ferner spricht der Sitz, an Handteller und Fusssohle, sowie das gleichzeitige Vorkommen anderer syphilitischer Leiden für die syphilitische Natur dieses Uebels.“

Ich will Ihnen nur noch mittheilen, wie sich PARROT über den fraglichen Gegenstand ausgesprochen. „Was mich anbelangt, kann eine Affektion, die sich mit solch' typischem Charakter präsentirt, nicht bald dieser bald jener Natur sein, Syphilis und Nichtsyphilis. Ich zögere keinen Augenblick ihn mit jener Intoxikation, welche aus der Gegenwart des syphilitischen Virus im Blute resultirt, eng liirt zu erklären.“

Die Differenzialdiagnose zwischen beiden Pemphigusarten wäre wohl immer, wenn auch nicht leicht, so doch zu machen, besonders wenn das Gesamtbild, das der Neugeborene bietet, richtig aufgefasst wurde.

Ist auch die erwiesene Syphilis der Eltern vielleicht kein genügender Beweisgrund dafür, dass ein Kind mit einem „dubiosen“ Symptom der Syphilis an dieser leide, so ist dieser dennoch nicht von der Hand zu weisen. Es ist aber auch gar nicht nöthig, die Syphilis der Eltern, die in so vielen Fällen überhaupt nicht sicherzustellen ist, als beweiskräftig aufzuführen, da den Pemphigus der Neugeborenen gewöhnlich auch noch andere Zeichen der Syphilis begleiten, welche seinen Charakter unzweifelhaft deklariren. Zudem liefert die Nekroskopie immer den Nachweis für die Richtigkeit der Annahme, dass der Pemphigus der Neugeborenen ein syphilitischer ist.

Ich habe die Einsicht gewonnen, dass ein Pemphigus am Neugeborenen, der angeboren oder wenn nach der Geburt bis 15—25 Tagen post partum entstanden, ursprünglich an der planta pedis und palma manus originär gewesen, ein syphilitischer ist. An Säuglingen, welche bereits den zweiten oder dritten Monat überschritten und bis dahin auch keine Erscheinung der Syphilis gezeigt, habe ich einen Pemphigus gesehen, dessen Nichtspezifizität ich gerne zugebe und den ich auch für einen Pemphigus simplex ausgegeben habe. Dieser zeigte sich zugleich an diversen Hautregionen, fehlte sogar meist auf Fusssohlen und Handtellern. Seine Blasen waren zerstreut, wenig zahlreich und waren deren im Ganzen nicht mehr als 12—20 zu zählen, während der syphilitische deren 100 und darüber produziren kann. Die meisten Blasen standen gewöhnlich am Kopfe, Halse, weniger an der Brust, am Rücken und Bauche, selten welche an den klassischen Stellen des Pemphigus syphiliticus. Die Bullen konfluirten nie und überragten die des spezifischen an Grösse um ein Bedeutendes, indem sie bis Nussgrösse erreichten, welche in der Regel syphilitische Pemphigusblasen erst durch die Konfluenz mehrerer erreichen.

Ihr Inhalt ist eine hellgelbe, seröse, opalisirende Flüssigkeit, die sich

selten trübte, nie eitrig oder blutig wurde. Die oben zitierten Flocken, welche ich dem Pemphigus syphiliticus als eigenthümlich zuschrieb, fand ich nicht bei ihnen. In ihrem Kontentum überwiegt die Flüssigkeit die festen Bestandtheile, die unter dem Mikroskope sich als Epithelzellen in geringer Zahl und fibrinöse Granulationen zu erkennen geben.

Der einfache Pemphigus führt nie zu Ulzerationen und ist die Exkoration, die er hinterlässt, zum Unterschiede von der des syphilitischen hell rosenroth und überhäutet sich bei passender Behandlung sehr bald. Seine Borke ist dünn und hat nie die dunkelbraune Färbung, welche die Borke syphilitischer Wundstellen hat. Auch war schon von vornherein die Stelle, an welcher der einfache Pemphigus sich entwickelt, nie so infiltrirt, violett, tiefroth, wie bei Pemphigus syphiliticus, dessen Blase an der Basis noch weiter von einem scharlach-tiefdunkelrothen lividen Saume umgeben bleibt, während der Ring um die Bulla des Pemph. simplex nie anders als rosenroth kolorirt ist. Beim Pemphigus, den ich als einfachen diagnostizirte, waren nie irgend welche Symptome der Syphilis vorhanden oder solche ihm vorausgegangen. Ein tödtlicher Ausgang durch den Pemph. simplex ist mir nicht vorgekommen.

HEBRA, der wie KAPOSÍ den Pemphigus syphiliticus neonatorum annimmt, äussert sich über die klinischen Unterschiede beider Pemphigusarten in nachstehender Weise: „Leicht dagegen wird die Unterscheidung sein zwischen einem Pemphigus non syphiliticus und einer durch Syphilis bedingten Blaseneruption. Denn der Inhalt der Blasen des syphilitischen Pemphigus vertrocknet zu dicken Borken, welche beim nicht syphilitischen höchstens durch schwache gelbliche Schuppgrinde angedeutet sind. Weiters befinden sich unter den Krusten des syphilitischen Pemphigus mehr weniger tiefe Geschwüre, beim nicht syphilitischen fehlen diese. Nur beim ersten Blasenausbruche wäre es möglich, den syphilitischen Pemphigus mit einem nicht syphilitischen zu verwechseln, wo im Beginne der Entwicklung weder Borken noch Geschwüre vorhanden sind.“

In demselben Sinne spricht sich KAPOSÍ aus, der ebenfalls einen Pemphigus benignus neonatorum aufstellt und zwar dahin, dass es nie, wie beim Pemphigus benignus, zur Ueberhäutung komme, weil das Kind in der Regel früher zu Grunde geht, und dass deshalb auch beim Pemphigus syphiliticus keine kontinuierliche, peripher fortschreitende Loswühlung der Oberhaut statthabe, wie beim Pemphigus cachecticorum und Pemphigus foliaceus neonatorum.

Auch mit anderen Hautsymptomen ist der Pemphigus syphiliticus schwer zu verwechseln. Gewöhnliches Ecthyma ist selten, Rupia syphilitica kommt bei Neugeborenen nicht vor. Was man als Kruste der Rupia angesehen, ist gewiss nichts anderes, als die Kruste des Pemphigus syphiliticus. Das Ecthyma ist ein pustulöses Exanthem, das an Fusssohlen und Handflächen nicht erscheint.

Die Lokalisation, Grösse der Effloreszenzen, Dauer ihres Bestandes, unterscheiden ihn von der Variola; die Form der Effloreszenz, der rasche Gang vom pustulösen Syphilid. Todtgeborene Kinder zeigen oft Epidermoidalverluste, welche dem Ungeübten Exkorationen nach Pemphigusblasen vortäuschen, es aber nicht sind, wenn sie nicht begrenzt, rund, umschrieben erscheinen und Spuren der Entzündung zeigen.

Einige wenige, welche sich nicht überzeugen können, dass der Pemphigus der Neugeborenen der Syphilis zuzuschreiben sei, obwohl sie zugeben, dass er grösstentheils an Säuglingen mit manifester hereditärer Syphilis zum Ausbruch gelangt, schreiben denselben nur dem Marasmus, der Kachexie, Lebensschwäche, die durch die Syphilis entstand, zu. Vertreter dieser Ansicht sind DIDAY, CAZEAU, STEINER, welche aber übersehen zu haben scheinen, dass alltäglich kachektische Säuglinge und Neugeborene zur Beobachtung gelangen, die ganz und gar frei vom Pemphigus bleiben und umgekehrt ganz robuste, wohlgenährte, anscheinlich gesunde von dem Hautleiden befallen werden.

WALLER behauptet, „dass der Pemphigus bei Neugeborenen und Säuglingen oft ein Symptom der Pyämie sei und somit eine ganz andere Deutung in Anspruch nehme,“ und „dass mancher Pemphigus der Neugeborenen für syphilitisch gehalten werde, weil vielleicht die Eltern der Neugeborenen einmal syphilitisch waren, oder es noch sind.“

SCHULLER geht entschieden zu weit und verschliesst sich jeder objektiven Auffassung, wenn er Folgendes behauptet: „So sehr nun die Eiterblasen, auf Fusssohlen und Hautflächen beschränkt, oder daselbst zuerst zum Ausbruch gelangt, als Zeichen hereditärer Syphilis gelten, so können wir doch, wenn wir nicht mit den zahlreichen Erfahrungen Anderer und unseren eigenen in Widerspruch gerathen sollen, nicht so mir nichts dir nichts Eiterblasen für hereditäre Syphilis erklären, es müsste sonst unter schwächlichen Kindern jedes zweite oder dritte syphilitischkrank sein, und zu einem solchen Pessimismus ohne irgend welche unhaltbare Unterlage können wir uns nicht entschliessen.“ Von vielen Seiten wird dem P. syphiliticus neonat. das Recht, als Zeichen von Syphilis zu gelten, abgesprochen aus dem einfachen Grunde, weil ein Pemphigus syphiliticus an Erwachsenen nicht vorkomme, und überhaupt der Pemphigus keine Eigenschaft eines syphilitischen Exanthems an sich trage. Dagegen lässt sich nun die Einwendung machen, dass erstens ein Vergleich der Syphilis des Erwachsenen mit der hereditären des Neugeborenen und des Säuglings ganz und gar nicht durchführbar und unstatthaft sei, und dass von glaubwürdiger Seite Fälle von syphilitischem Blasenexanthem bei akquirirter Syphilis konstatirt sind. Vereinzelt Fälle wurden von RICORD, BASSEREAU, SELD, MOREAU, ALIBERT gesehen, welcher letzterer den Pemphigus als Exanthème pustuleux amphigoïde syphilitique beschrieben hat.

Syphilitische Hautinfiltration.

War die Exsudation, welche die Roseola bildete, an einer Körperregion vor sich gegangen, welche sie vor Maceration hinlänglich geschützt, so war dadurch einigermassen der Kondylomen- und Geschwürsbildung vorgebeugt. Die Exsudationsmasse nimmt zuweilen diffus zu, ohne dass sie die darüber gelegene Hautpartie beeinträchtigt; sie wölbt sie einfach über das umgebende Hautniveau empor. Durch die pigmentreiche Exsudationsmasse, das Infiltrat, erhält die Haut an der betreffenden Stelle ein dunkles Aussehen. Sie ist da glänzend, glatt, derb, unbeweglich, legt sich nicht in Falten, hindert die freie Bewegung, Verschiebung der Haut, wodurch, wenn das Infiltrat im Gesichte, wie um die Augen, an der Stirne, der Nasenwurzel, um die Lippen sich gebildet hat, der Gesichtsausdruck, die Physiognomie verändert erscheint, das Mienenspiel ganz aufgehoben ist, der Verschluss des Mundes unvollständig, das Saugen, das Schreien schmerzhaft wird. Hatte das syphilitische Hautinfiltrat an den unteren Extremitäten, wo es, wie im Gesichte, mit Vorliebe auftritt, eine Zeit lang der Einwirkung der Hauttranspirationen, dem Schweisse, den Verunreinigungen u. s. w. Widerstand geleistet, kann sie, wenn dieser überwältigt ist, ohne dass Kondylome erzeugt worden wären, sich entzünden, exkoriiren, verschwären, mit Krusten sich belegen. Erst von dem exkoriirten Grunde der Infiltration erheben sich in der Folge breite zusammenfliessende Papeln, während das Infiltrat am Rande des exkoriirten Terrains sich wulstig, wallartig erhebt.

Der Zustand, in welchen die Hautinfiltration mit ihren Konsekutivsymptomen, ihren Funktionsstörungen das Kind versetzt, ist ein überaus schwerer. Ich habe noch nicht gesehen, dass auch die energischste und sorgsamste Behandlung die Bösartigkeit derselben hätte mildern können. Das verhängnissvolle Fatum wird unabwendbar, und erliegen die kleinen Patienten demselben eher, als man es geglaubt.

Pustulöses Syphilid.

Bläschen produzierende Exantheme sind der hereditären Syphilis ganz und gar nicht eigen. Es werden demnach alle vesikulösen Eruptionen, die am Neugeborenen zur Anschauung kommen, die Syphilis um so bestimmter ausschliessen, wenn kein anderes Zeichen derselben vorhanden ist und sie sicherstellen. Dass syphilitische Neugeborene Herpes oder vesikulöses Ekzem haben können, ist unleugbar, diese allein berechtigen aber durchaus nicht, eine Diathese auszusprechen. Man kann deshalb nach meiner Meinung weder von einem Herpes syphiliticus, noch von einem Eczema syphiliticum sprechen, da Herpes oder Ekzem niemals Ausfluss der Syphilis sind, wenn sie auch an einem mit demselben behafteten Kinde vorkommen. Das Eczema vesiculosum ist bei nicht sorgsam gepflegten syphilitischen Säuglingen ad nates und an den Oberschenkeln häufig

und wird gewiss an diesen Stellen immer wieder und wieder mit Papeln vergesellschaftet sein.

Pustulöse Ausschläge zeigen sich frühzeitig, und zwar in Form der Akne, Impetigo und des Ekthyma. Sie deuten immer auf ein tiefes Ergriffensein des kindlichen Organismus und auf bedeutende Intensität der Kachexie.

Die Akne bildet kleine isolirte Knötchen, die ziemlich hart, auf Druck schmerzhaft sind und auf der Brust, auf dem Rücken, den Schultern und den Hinterbacken sich ausbreiten und welche sich durch die eitrige Metamorphose in Pusteln umwandeln. Der Pustelinhalt kann sich rückbilden, resorbirt werden, oder was des Oefteren geschieht, nach aussen sich entleeren und so die Formation eines Krüstchens veranlassen, nach dessen Abfall eine kleine, seichte Narbe zurückbleibt.

Das Ekthyma ist ein seltenes und gewöhnlich spät auftretendes Syphilid, das als solches erkannt werden kann, wenn, was wohl selten vorkommen dürfte, kein anderes luetisches Symptom vorhanden wäre.

Es tritt langsam auf, d. h. die einzelnen Effloreszenzen erscheinen in verschiedenen längeren Zeitabschnitten nach einander, und zwar auf infiltrirtem, oder aber auch einfach nur hyperämischem Grunde. Es werden sich immer Pusteln mit deutlich harter Basis finden. Die meisten stehen an den unteren Extremitäten und den Hinterbacken. Die unregelmässig gestalteten, dunkel pigmentirten Ekthymakrusten sitzen tief in der Cutis, überragen das Hautniveau wenig oder gar nicht und bedecken superfizielle Exkorationen oder auch weit und tief greifende, missfärbige Ulzerationen mit scharfkantigen Rändern, die einen äusserst schleppenden Verlauf haben und dadurch eine ziemlich grosse Gefahr für das Kind in sich bergen.

Die Impetigo syphilitica unterscheidet sich von der einfachen Impetigo, an welcher Neugeborene und Säuglinge häufig zu leiden pflegen, dadurch, dass ihre Krusten immer einem Infiltrate aufsitzen und von einem kupferrothen Rande umgeben sind. Ihre Krusten sind grünlichgelb. Nach deren Wegnahme präsentirt sich ein missfarbiger, tiefer Substanzverlust mit höckeriger Oberfläche, auf welcher ich zuweilen nässende Papeln emporwachsen gesehen habe. Ihr gewöhnlicher Standort ist der behaarte Kopf, das Gesicht, die Brust, die Achselhöhlen, die Leistengegend.

Rupien und serpiginöse Geschwüre habe ich an Neugeborenen und Säuglingen mit hereditärer Syphilis und an Kindern in den zwei ersten Lebensjahren, die solche überstanden, nie gesehen, und meine auch, dass sie nur bei Kindern des genannten Alters, die akquirirte Syphilis haben, vorkommen. Anders aber im späteren Alter. Als Rezidivformen zugleich mit Knochenerkrankungen (Caries und Nekrose des harten Gaumens) habe ich sie bei 12—15jährigen Individuen oft konstatiren können.

Blutungen aus inneren Organen und Blutaustritt in die Haut.

Bei schwachen marastischen Säuglingen und Neugeborenen sind spontane Blutungen aus den verschiedenen Körperöffnungen, wie aus dem Munde, der Nase, den Ohren, selbst den Augen (Conjunctiva), aus dem bereits verheilten Nabel kein seltenes Vorkommniss. Die Beschaffenheit des ausgeschiedenen Blutes deutet darauf hin, dass die Hämorrhagie Ausdruck einer Erkrankung des Gesamtorganismus sei, indem neben echten Blutungen aus dem Darm und der Nase u. s. w. auch Austritt von dünnflüssiger, blassrother, fleischwasserähnlicher Blutflüssigkeit auch an Orten auftritt, wo sie gewöhnlich nicht statthat, wie nach RITTER's Beobachtungen sogar aus der ganz unversehrten Hautdecke. Auch die Syphilis gibt natürlich zu solchen Blutungen Veranlassung. Die Blutdissolution bei hereditär syphilitischen Kindern hat bisher den Beobachtern keine typische Anzeichen gegeben. Ich habe die Mehrzahl isolirter Nabelblutungen wohl bei syphilitischen Neugeborenen gesehen, ohne deshalb aber behaupten zu wollen, dass diese vorzugsweise ihnen allein zukomme. BEHREND hat in der neuesten Zeit eine besondere Art von Blutungen bei hereditär Syphilitischen aufstellen zu können geglaubt, welche sich durch Hämorrhagien in die Haut sowie aus dem Nabel kennzeichnet. Er bezeichnet den Prozess mit dem Namen Syphilis neonatorum haemorrhagica, welche sich durch Ecchymosen in die äussere Haut, Purpura syphilitica, sowie durch Blutaustritt aus dem Nabelhöcker nach Abfall des Nabelschnurrestes, Omphalorrhagia syphilitica, charakterisirt. Beide können neben einander, aber auch getrennt vorkommen. Die Blutung ist in der Regel so bedeutend, dass sie nur durch Rhexis entstanden sein kann, indem das Blut Syphilitischer die Gefässwandung so weit alterirt, dass sie berstet. Bei den Kindern mit Syph. neonat. haemorrh. ist weder am Leben noch nach dem Tode eine Herzanomalie zu finden, und sind sie sogar auch nicht durchwegs marastisch. Der erste Fall von Purpura syph., den BEHREND gesehen, betraf ein vollkommen ausgetragenes gutgenährtes Kind, das ein Schuppensyphilid mit auf die Welt brachte. Nachdem dieses zum Schwinden gebracht worden war, traten stecknadelkopfgrosse Petechien auf dem ganzen Körper auf; fortgesetzter Gebrauch von Sublimatbädern brachten auch diese zur Heilung. Das Kind starb 14 Monate alt mit einem Hydrocephalus internus. Im zweiten Falle war es ein reifes wohlgenährtes Kind, welches mit Petechien und Ecchymosen zur Welt kam und sogleich starb. Die Sektion ergab Syphilis der Lunge, der Leber, Milz und der Knochen. Die Omphalorrhagia syphilitica kam BEHREND seltener zur Wahrnehmung. In einer Familie sah er drei Fälle, und zwar an drei nacheinander geborenen Kindern. Der Vater hatte zur Zeit, als das dritte Kind geboren wurde, noch Syphilis.

Mit der Hämophilie haben diese Blutaustritte nichts gemein. Bei der Hämophilie, die ein chronisches, bis in's höchste Alter fortgeschlepptes

Leiden ist, an welcher immer mehrere Familienglieder gleichzeitig erkranken, treten die Blutungen erst durch äussere mechanische Einflüsse provoziert auf, während jene, durch Syphilis bedingte solcher anregender Momente nicht bedürfen. Die Nabelblutungen bei hämophilen Kindern entstehen meist vor dem Abfall der Nabelschnur, was bei Omphalorrhagia syphilitica nie der Fall sein soll. Bei dieser ist, wie BEHREND sagt, die Blutung der Ausdruck einer transitorischen Diathese, während sie bei Hämophilie das erste Zeichen einer durch das ganze Leben verharrenden permanenten Anomalie ist.

Purpura, besonders an den Extremitäten, können bei syphilitischen Erwachsenen ziemlich häufig konstatirt werden. In der Regel sind es konstitutionell syphilitische Kranke mit schwerer Syphilis, die, wenn auch vom Hause aus nicht schlecht konstituiert, lange leiden und mitunter, in misslichen Verhältnissen sich befindend, körperlich herabgekommen sind. Ich bin nicht abgeneigt, bei ihnen die Purpura mit der Syphilis in Verbindung zu bringen. Ich habe auch bei Neugeborenen mit hereditärer Syphilis, wie BEHREND, Purpura beobachtet, und neige mich gerne auch seiner Ansicht in Bezug auf ihre Aetiologie zu.

Impf-Syphilis.

Ich will schliesslich über eine Dermatoze mich aussprechen, deren Besprechung hier praktisch nicht unwichtig erscheint, und zwar über eigenthümlich geartete Hautausschläge in Folge der Vaccination. Bei Gelegenheit der Beschreibung der Syphilide auch die genannten zu berühren, erachte ich für ganz am Platze, und zwar weil das Vorkommen von Hautausschlägen nach der Impfung nicht gar so häufig beobachtet wird, diese Ausschläge rasch wieder verschwinden und deshalb selten zur Wahrnehmung des Arztes gelangen, und ich glaube es aussprechen zu dürfen, dass es manche, selbst ältere und erfahrene Aerzte gibt, welche diese Ausschläge nie gesehen haben und deren Form und Charakter nur aus Lehrbüchern kennen, indem ja auch in Impfkursen nur selten Gelegenheit geboten ist, diese Krankheitsform an den Impflingen demonstrieren zu können, weil diese Ausschläge, wie bereits bemerkt, oft schon in wenigen Stunden nach ihrem Auftreten wieder schwinden, und es nur einem günstigen Zufalle zu verdanken ist, wenn eben ein Impfausschlag an demselben Tage erscheint, an welchem die Studirenden beim Impfkurse sich versammeln.

Sie wissen Alle, meine Herren, dass zuweilen nach der Impfung Ausschläge beobachtet werden, über deren spezifischen Charakter kein Zweifel obwaltet, — ich will es vorläufig nicht näher definiren, ob diese syphilitische Hautaffektion wirklich durch die Impfung auf das Kind übertragen worden, oder ob die angeborene, hereditäre Syphilis im Kinde schlummernd, latent vorhanden war, und nur durch die Impfung als Gelegenheitsursache wachgerufen wurde zu einer Zeit, in welcher die

hereditäre Syphilis auch sonst im Kinde aufzutreten pflegt, in dem Alter bis zu drei Monaten, in welchem Alter gewöhnlich auch die Impfung vorgenommen wird.

Wir sehen also zur Zeit der Impfung und in Folge derselben Hautausschläge auftreten, über deren Charakter wir uns erst ganz genau vergewissern sollen, bevor wir eine bestimmte Diagnose aufstellen, welche in diesem Falle von grosser und wichtiger Bedeutung ist. Ganz abgesehen davon, dass es für den Arzt höchst peinlich ist, am nächsten Tage eingestehen zu müssen, dass die gestellte Diagnose eine irrthümliche oder unrichtige gewesen, erscheint das richtige Erkennen eines Hautausschlages bei Kindern um so wichtiger und bedeutungsvoller, als durch eine unrichtige Diagnose nicht nur die Gesundheit des Kindes gefährdet wird, sondern auch die Gesundheit jener Personen Beeinträchtigungen und Gefahren ausgesetzt ist, welche mit der Pflege und Wartung des Kindes betraut sind.

Wenn bei einem Säuglinge eine Hautaffektion als syphilitisch erkannt wird, ist es die erste Pflicht des Arztes, die Amme vor Ansteckung zu schützen, da ja die Uebertragbarkeit der Syphilis von dem Säuglinge auf die Amme ausser allem Zweifel steht. Das Kind müsste also von der Ammenbrust abgesetzt und künstlich ernährt werden. Meine Herren, die Nachtheile dieser Art der Ernährung sind Ihnen Allen zu bekannt, als dass ich dieselbe vor Ihnen besprechen müsste. Dieses plötzliche Absetzen, die auf einmal durch Kuhmilch substituirte Ernährung des Kindes wird nur äusserst selten ohne schwere Schädigung der Gesundheit des Kindes vertragen; es treten die mannigfachsten Störungen in der Verdauung auf, Dispepsie und Darmkatarrh, und mit Recht ist die Diarrhoea ablactatorum eine gefürchtete Krankheit, der schon so manches zarte und junge Leben zum Opfer gefallen.

War in diesem Falle die Diagnose eine unrichtige, und der betreffende Hautausschlag des Säuglings und Impflings kein syphilitischer, so haben wir in ganz unnöthiger und zweckwidriger Weise dem Kinde die natürliche Nahrung, die Ammenbrust, entzogen, und dasselbe den eben angedeuteten Gefahren der künstlichen Ernährung ausgesetzt, abgesehen davon, dass die Familie und Umgebung des Kindes alarmirt und in Schrecken versetzt wird, ja oft der Friede und das eheliche Glück einer Familie für immer zerstört werden kann, wenn der Arzt bei einem Kinde Syphilis diagnostizirt, als deren Ursache eines der beiden Eltern anzunehmen sei.

Endlich wird auch durch eine solche unrichtige Diagnose die Impfung in arger Weise verdächtigt, welcher die leider noch immer zahlreichen Gegner derselben ohnehin alles Unheil zuzuschreiben geneigt sind.

Schwer rächt sich jedoch der Irrthum an dem Arzte, wenn er einen wirklich syphilitischen Hautausschlag nicht als solchen erkennt und deshalb das Kind an der Brust der Amme weiter belässt. Findet dann eine

Uebertragung der Syphilis von dem Säugling auf die Amme statt, so ist die Unerfahrenheit oder Leichtfertigkeit des Arztes daran Schuld, welcher leider zu spät erkennt, dass die Diagnose der Hautaffektion eine unrichtige gewesen. Der Arzt muss sich dann selbst wohl die bittersten Vorwürfe darüber machen, dass er so gesunde und kräftige Personen, wie es ja die Ammen zumeist sind, der Gefahr der Ansteckung preisgegeben, und dieselben für lange Zeit, vielleicht für immer krank und elend gemacht hat. Gewöhnlich spielt sich der Schluss dieses traurigen Ereignisses vor den Schranken des Gerichtes ab, indem die Ammen gegen den Arzt klagbar auftreten und von ihm eine Entschädigung für ihre schwer angegriffene Gesundheit ansprechen.

Wenn nach der Impfung syphilitische Hautausschläge auftreten, so sind dieselben mit grosser Vorsicht zu definiren, zumeist sind sie der Ausdruck einer hereditären Erkrankung, welche bis zur Vaccination im Organismus latent war und erst durch die Impfung wachgerufen wurde.

Nur in äusserst seltenen Fällen ist die Syphilis in Folge der Vaccination durch Uebertragung mittelst der Lymphe entstanden, und in allen diesen Fällen kann man mit Bestimmtheit behaupten, dass Fahrlässigkeit oder Unkenntniss des Impfarztes an der Uebertragung der Syphilis Schuld trägt, indem er entweder von einer Pocke abgeimpft hat, welche keine echte Pocke war, sondern ein Syphilisprodukt, vielleicht eine Pemphigusblase — oder dass er von einer echten Pocke abgeimpft hat, jedoch nicht die reine Lymphe überimpfte, sondern mit dieser etwas Blut oder Eiter. Dass auf diese Weise Syphilis übertragen werden könne und wirklich auch übertragen werde, haben ja zahlreiche direkte Versuche bewiesen, ohne dass bei diesen Individuen die Vaccination mit Kuhpockenstoff gleichzeitig in Anwendung gezogen war.

Ich stelle es daher als einen Grundsatz hin, dass in Folge der Vaccination nie und nimmer Syphilis überimpft werden könne, wenn nur reine, echte Lymphe ohne jede Beimengung von Blut und Eiter verwendet wird.

Der Beweis wäre wohl leicht herzustellen, wenn man ein syphilitisches Kind impfen würde, und von demselben ganz reine, nicht mit Blut und Eiter vermengte Lymphe auf ein anderes, gesundes Kind übertragen würde. Diese Versuche sind vor einigen Jahren in Norwegen und Schweden gemacht; ich wollte dieselben, während ich am hiesigen Findelhause bedienstet war, ebenfalls machen, es wurde mir jedoch von meinem damaligen Direktor, Herrn Medizinalrath PRINZ, mit Hinweisung auf einen Paragraph des Strafgesetzes nicht gestattet.

Da ich nun den Beweis nicht direkt führen konnte, versuchte ich es auf indirektem Wege. Ich machte mich nämlich daran, sämtliche im Findelhause geimpfte Kinder in Evidenz zu behalten.

Erlauben Sie mir, Ihnen, meine Herren, zu diesem Zwecke den Vorgang zu schildern, wie derselbe hier im Findelhause bei der Impfung

und Abimpfung eingehalten wird. Das Kind wird genau und sorgfältig untersucht, und wird dann, falls es ganz gesund befunden, geimpft. Bevor von demselben abgeimpft wird, findet eine abermalige genaue Untersuchung des Kindes statt, ob sich an demselben nichts Krankhaftes oder Verdächtiges zeigt. Gleichzeitig wird auch die Mutter des Kindes, welche als Amme im Findelhause zurückgehalten wird und daher zur Disposition des Arztes ist, genau untersucht, namentlich mit Rücksicht auf eine syphilitische Erkrankung. Erst wenn die Mutter und das Kind sich als vollkommen gesund und unverdächtig erwiesen, wird das Kind als Stammimpfling benützt, und von demselben auf andere Kinder abgeimpft. Indem der Stammimpfling und die von demselben geimpften Kinder genau in einem eigenen Protokolle verzeichnet werden, so ist im Erkrankungsfalle eines Impflings die Möglichkeit gegeben, sich bezüglich der Deszendenz des Impfstoffes und der Stammimpflinge noch nach Jahren Daten zu verschaffen.

Es geschah nun zuweilen, dass ein solches Ammenkind, als Stammimpfling, einige Zeit nach der Impfung an Syphilis erkrankte unter den bekannten charakteristischen Erscheinungen, so dass über die Natur der Erkrankung kein Zweifel obwalten konnte. Ich fragte mich nun, wie steht es mit diesen Kindern, welche von dem jetzt an Syphilis leidenden Stammimpflinge abgeimpft wurden. Ich ging an die Lösung dieser Frage ohne jede Voreingenommenheit, sine ira et studio. Ich untersuchte alle diese abgeimpften Kinder, welche theils noch in der Anstalt waren, oder ich suchte dieselben in ihren Pflegeorten auf, wenn sie bereits aus der Anstalt entlassen waren, und ich muss sagen, dass es mir trotz der grossen Zahl von Fällen, welche ich während meiner 4 $\frac{1}{2}$ jährigen Dienstzeit im Findelhause zu beobachten Gelegenheit hatte, in keinem einzigen Falle gelungen ist, eine Uebertragung von Syphilis durch die Impfung nachzuweisen; an keinem derjenigen Kinder, welche von dem später an Syphilis erkrankten Stammimpflinge geimpft waren, konnte trotz der skrupulösesten Untersuchung auch nur das geringste Symptom einer spezifischen Erkrankung nachgewiesen werden.

Wenn ich das Gesagte zusammenfasse, so gelange ich zu dem Schlusse, dass durch die Vaccination nie und nimmer eine Uebertragung von Syphilis zu beklagen sein wird, wenn die Impfung von einem erfahrenen und ehrlichen Arzte kunstgerecht vorgenommen wird, mit anderen Worten, wenn von einer echten Pocke ganz reine Lymphe mit nicht verunreinigtem Instrumente zur Verwendung gelangt.

Ich komme nun auf die Impfausschläge selbst zu sprechen, und erlaube mir, Ihnen zwei Bilder zu zeigen, welche im Jahre 1866 von Herrn Dr. HEITZMANN sen. nach der Natur gezeichnet sind. Sie sehen, meine Herren, dass diese Ausschläge leicht mit einer spezifischen Hauterkrankung verwechselt werden können, und solche Verwechslungen haben wirklich stattgefunden — und doch ist dieser Ausschlag ein ganz unschuldiger, bloß durch die Vaccination hervorgerufener.

Durch die Impfung mit Blatternstoff als auch mit Kuhpockenlymphe wird bekanntlich eine allgemeine Krankheit erzeugt, welche sich manchmal blos durch Reproduzierung jener Efflorescenzen kundgibt, welche den Ansteckungsstoff lieferten, in anderen Fällen aber auch noch anderweitige Krankheitssymptome auf der allgemeinen Decke veranlasst, als die Bildung von rothen, theils getrennt stehenden, theils konfluirenden Flecken, von Knötchen, Quaddeln, Bläschen und Blasen, welche in den Lehrbüchern als *Roseola vaccina*, als Lichen, *Urticaria*, *Eczema* und *Pemphigus vaccinatorum* verzeichnet erscheinen.

Am häufigsten wird die *Roseola vaccina* beobachtet. Derselben liegt jedenfalls eine Lymphangioitis zu Grunde, welche in der vorausgegangenen Impfung ihre Erklärung findet. Von einigen Aerzten wird das Auftreten der *Roseola vaccina* als ein Zeichen einer besonders gelungenen Impfung angesehen. Diese die *Roseola vaccina* darstellenden Hautröthungen erscheinen am 3. bis 18. Tage nach der Impfung, ja es ist in den Berichten der Wiener Findelanstalt ein Fall verzeichnet, in welchem dieses Erythem erst am 23. Tage nach der Impfung auftrat. Gewöhnlich ohne heftigere Fiebererscheinungen, als sie auch sonst im Verlaufe der Impfung beobachtet werden, zuweilen jedoch nach sehr bedeutenden Fiebersymptomen, ja sogar vorausgegangenen konvulsivischen Erscheinungen, treten an den verschiedenen Stellen des Körpers, meist zuerst an den Armen, rothe Flecke auf, Bohnen-, Silbergroschen- bis Handtellergrössen, welche theils getrennt stehen bleiben, theils mehr weniger zusammenfließen und sich über die ganze Hautoberfläche als allgemeines Erythem ausbreiten. Charakteristisch sind diese Flecke an der Hohlhand und an den Fusssohlen, und das Auftreten daselbst gibt leicht zu Verwechslungen mit Syphilis Veranlassung.

Diese Flecke blassen vom Centrum gegen die Peripherie ab, werden livid, gelblich, und man sieht dann eine entfärbtere Hautstelle von einem rosenrothen Kreise oder Ringe umgeben, jedoch ist die Form dieser Flecke nicht immer kreisrund, sondern mehr länglich, oval oder auch biscuitförmig.

Nach wenigen Stunden schon oder in einzelnen Fällen nach einem oder zwei Tagen schwinden diese Flecke ohne Hinterlassung von Pigmentirung oder Abschuppung, und nur selten gelangt der Arzt zur Beobachtung eines solchen Impfausschlages, welcher rasch verschwindet und von den Eltern nicht weiter gewürdigt wird, wenn nicht zufällig eine andere Erkrankung des Impflings, oder heftige Fiebererscheinungen an demselben, die Aufmerksamkeit erregen.

Was die Häufigkeit des Vorkommens der *Roseola vaccina* betrifft, so habe ich aus den statistischen Zusammenstellungen der im hiesigen Findelhause geimpften Kinder gefunden, dass die Zahl zwischen 2—3 Prozent schwankt. In der Privatpraxis fehlt mir jeder Anhaltspunkt, ich selbst habe nur zweimal ein Impf-Exanthem beobachtet, trotz einer

ziemlich grossen Anzahl von Kindern, welche ich in der Privatpraxis geimpft habe.

Bezüglich der Jahreszeit konnte ich nichts Bestimmtes eruiren, in der Findelanstalt gelangten die Impf-Exantheme zur Sommers- und Winterszeit nahezu in gleicher Zahl zur Beobachtung.

Auch was die Art des Impfstoffes selbst betrifft, war ich nicht in der Lage, irgend einen Unterschied ermitteln zu können. In der Findelanstalt wird nämlich ein dreifacher Impfstoff verwendet, die ursprünglich JENNER'sche, im Jahre 1802 eingeführte Lymphe, die vor vielen Jahren regenerirte, und der erst vor beiläufig acht Jahren regenerirte Impfstoff. Die Impf-Exantheme wurden nun nach Anwendung aller genannten drei Arten von Impfstoff in gleich grosser Zahl beobachtet.

Dr. FRIDINGER ¹⁾ erklärt das Impf-Exanthem von vorzugsweise diagnostischer Wichtigkeit, weil dessen Unkenntniss zur Verwechslung mit Syphilis Anlass gibt, wodurch der Verbreitung der Schutzpockenimpfung als der bekannt nützlichsten Sanitätsmassregel ein grosses Hinderniss im Publikum erwächst. „Eine geringere Wichtigkeit,“ so führt er aus, „besitzt das Impf-Exanthem als Theilerscheinung einer besonders gelungenen Vaccination. Als solcher ist dem Impf-Exanthem in der neuesten englischen Impfinstruktion ein eigener Paragraph eingeräumt worden. In der österreichischen Impfinstruktion ist im §. 6, Abschnitt II, auf das Impf-Exanthem zu wenig Werth gelegt. Das Impf-Exanthem ist eine Theilerscheinung, gerade so wie das Scharlach-Exanthem und das Masern-Exanthem Theilerscheinungen spezifischer Kontagien sind. Das Impf-Exanthem ist ohne Zweifel das überzeugendste Symptom der Vaccinwirkung auf den Gesamt-Organismus. Praktiker, welche dasselbe kennen, sehen deshalb dasselbe sehr gerne. Nur jene Praktiker, welche dasselbe nicht kennen, erschrecken bei dessen Erscheinen. In der Regel entgeht das Impf-Exanthem der ärztlichen Beobachtung. Es dauert immer nur wenige Tage, oft nur Stunden. Daher beim einmaligen Anblick die irrthümliche Diagnose auf Syphilis sehr nahe liegt, zumal nicht allein die Gestalt, sondern auch die Lieblingsstellen des Impf-Exanthems dieselben sind, als die der Syphilis. Auch RICORD bestätigt die oftmalige Verwechslung des Impf-Exanthems mit dem syphilitischen Exanthem. Auch RICORD erklärt das Impf-Exanthem für unschuldig. Es hat deshalb nur diagnostischen und einen untergeordneten symptomatischen Werth. Gemäss Erfahrung im hiesigen Impfinstitut entsteht das Impf-Exanthem in der Regel während der Eintrocknung der Schutzpocken, ausnahmsweise während der Entwicklung der Pocken, noch seltener kurz vor dem Abfallen der Pockenschorfe. Dasselbe wurde im Jahre 1869 unter 1017 Impfungen 27mal, im Jahre 1870 unter 993 Impfungen 28mal, im Jahre 1871 unter 1103 Impfungen 32mal, im Jahre 1872 unter 1214 Impf.

¹⁾ Mittheilungen des Wr. med. Doktoren-Kollegiums 1875.

lingen 31mal, im Jahre 1873 unter 893 Impfungen 23mal und im Jahre 1874 unter 1008 Impfungen 25mal beobachtet. Demnach entstand das Impf-Exanthem in zirka drei Perzent der Impflinge.“

Syphilis der Schleimhäute.

Wie die erworbene, äussert sich auch die angeerbte Syphilis durch Affektionen der Schleimhaut des Respirations- und Digestionstraktes, sowie er an der äusseren Haut anstossenden Partien derselben. Wir wollen zuerst die durch die Syphilis gesetzten Veränderungen der, der Besichtigung am lebenden kranken Kinde leicht zugänglichen, Schleimhauttheile in Betracht ziehen und demnach die Affektionen an den Lippen, am Munde, im Rachen und in der Nase besprechen.

Was die Häufigkeit der syphilitischen Schleimhautleiden anbelangt, kann man kühn behaupten, dass es nur ein äusserst minimaler Perzentsatz aller syphilitischen Neugeborenen und Säuglinge ist, bei welchen sie nicht eine Theilerscheinung der Bluterkrankung ausmachen.

Die Vehemenz, mit welcher sie sich geltend machen, und die Konsequenzen, welche sie für die betroffenen Individuen involviren, sind entschieden bedeutender und bedeutungsvoller als die parallelen Symptome am Erwachsenen. Der Totaleindruck, den sie auf den Beobachter machen, ist von demjenigen, welchen die sekundären Schleimhautsymptome der akquirirten Syphilis besonders an Erwachsenen hervorrufen, ganz verschieden, obwohl vielleicht jedes einzelne Glied des Gesamtbildes in keiner Hinsicht sich anders gestaltet als das gleichwerthige der Syphilis, die für ihr Entstehen nicht das ätiologische Moment der Vererbung besitzt. Die Eigenheit und die besondere Charakteristik der hereditären Lustseuche gibt sich in den an den Schleimhäuten ausgesprochenen Zeichen nicht minder, als in den der anderen Orte kund.

Von allen Theilen der Mund- und Rachenschleimhaut fand ich nach den Lippen, Mundwinkeln und Innenfläche der Wangen die Mucosa des harten Gaumens am öftesten erkrankt; nach dieser ist der häufigste Sitz der Affektion der Isthmus faucium und die Zunge.

Alle diese Theile können in verschiedener Weise, in mehr weniger intensivem Grade ergriffen sein. Der geringste ist der Schleimhautriss, die Rhagade und die Erosion. Diese führen zur Bildung der papuloerosiven Form (feuchte Papel, Schleimpapel) und dem ulzerösen Syphilid der Schleimhaut.

An dem Lippenroth, den Mundwinkeln, dem Uebergangssaume zwischen äusserer Haut und Schleimhaut können alle die genannten Formen vorkommen.

Die Rhagaden sind an der Ober- und Unterlippe gleich häufig und verlaufen an beiden in konzentrischer Richtung. Sie sind leicht diagnostizirbar, da sie sich durch ihre anhaftenden Borkchen, entstanden durch eingetrockneten Eiter oder Blut aus der der Epidermis beraubten und

tumeszirten Cutis, bald verrathen. In den Fällen, in welchen die Rhagade zur Ueberhäutung gelangt, ist noch in späterer Zeit der Ort, an welchem sie gewesen, durch eine glänzende lineare Narbe gekennzeichnet. Die Einrisse erschweren dem Kinde jede Bewegung mit den Lippen, das Oeffnen und Schliessen des Mundes. Das Schreien, besonders aber das Saugen bereiten ihm lebhafte Schmerzen, weshalb es sich genöthigt sieht, die Mundspalte womöglich immer gleichmässig weit zu öffnen.

Waren die Schleimhautrisse an der Aftermündung, so jammert das Kind auch bei der Stuhlabsetzung, die durch die Rhagaden schmerzhaft geworden war.

Die typischen Kondylome an den Lippen und Mundwinkeln haben wir bereits schon früher erwähnt und werden wir im Verlaufe nochmals auf dieselben zurückzukommen Gelegenheit haben

Zumeist ist ihr Sitz die Schleimhaut der Mundhöhle, an den Innenseiten der Lippen, am Zungenrunde zu beiden Seiten des Zungenbändchens, an den Zungenrändern und am weichen Gaumen. An allen diesen Regionen sehen sie aus wie flache, runde Schleimhautschwellungen, sind aber viel blässer als die Schleimhaut selbst und machen im Ganzen den Eindruck, als wäre hypertrophirte Mucosa mit Lapis bestrichen worden.

Die Plaques im Munde können leicht für heilende Aphthen gehalten werden. Um Verwechslung zu vermeiden, halte man sich nur vor Augen, dass bei einer aphthösen Erkrankung der Mundschleimhaut die Heilung nicht und überall gleichmässig vor sich geht, die Aphthe ein rasch verlaufender Prozess ist, die aphthöse Effloreszenz die Schleimhaut immer exkavirt, somit unter der Ebene derselben ist, bei der Heilung wohl dieselbe überragt, aber nie frei vom Exsudationsbelage bleibt.

An der Schleimhaut der Lippen, der Wangen, der Zunge ist auch der Ort, wo Kondylome trefflich gedeihen, da der stete Kontakt der Schleimhautflächen ein günstiges Entstehungsmoment abgibt. Durch das stete Bespültwerden von Speichel, Schleim büssen die Papeln ihr lebhaftes Kolorit ein, unterscheiden sich in ihrer Farbe nicht viel von der übrigen intakten Mucosa und können deshalb leicht übersehen werden.

Dadurch, dass sie fortwährend im nassen Medium sind, werden sie auch rasch dem Zerfalle zugeführt. Wir werden deshalb nicht lange die Papeln an ihrem Standorte sehen.

Am Zungenrücken mehr, als an den Seiten oder an der Spitze der Zunge entwickeln sich aus Papeln hartnäckige Geschwüre, welche nach ihrer Ueberhäutung eine Zeit lang noch die vorherige Ulzerationsfläche deutlich erkennen lassen. In einem Falle bleibt nämlich die überhäutete Stelle mehr weniger lange ihres Epithels beraubt, in einem anderen wuchert wieder dasselbe, trübt sich, verdickt. Es wird demnach die Stelle, an welcher das Geschwür gesessen, entweder durch isolirte stark rothe (beim Fehlen des Epithels) oder graue, perlmutterartig glänzende Plaques (vermehrtes Epithel) sich verrathen.

Ganz so erkrankt die Schleimhaut der Wangen, des Zahnfleisches. Die Gingivae sind es besonders, welche der Aufmerksamkeit der ärztlichen Untersuchung nicht entgehen dürfen. Sie sind oft der Sitz missfarbiger Ulzerationen, die ziemlich tief greifen. Nimmt man die Untersuchung derselben mit der Sonde vor, so wird man überrascht, auf kariösen, manchmal sogar nekrotischen Kieferknochen zu stossen.

Exulzerirtes Zahnfleisch, exulzerirter Rand des Zahnfleisches erweckt immer den Verdacht auf Syphilis. ein Verdacht, den eine eingehende Untersuchung des Säuglings in allen Stücken rechtfertigen wird.

Ebenso ulzerirt der ganze Oberkieferrand, die Schleimhaut des Oberkiefers. Die Geschwüre setzen sich über die Alveolarfortsätze hinaus und pflanzen sich gerne in der Medianlinie des harten Gaumens fort.

Durch die Konfluenz der Geschwüre stellt der harte Gaumen zuweilen eine einzige grosse gelbliche, schmutziggelbe, grüngelbe missfarbige, diphtheritische Ulzeration dar, die den Knochen selbst angreift und zu dessen Karies und Nekrose führt.

Hat die hereditäre Syphilis Schleimhautaffekte an den genannten Partien produziert, so kann man sicher sein, deren auch an den Gaumenbögen, den Mandeln, dem Zäpfchen zu treffen. Die hintere Rachenwand fand ich merkwürdiger Weise nie mitleidend.

Aber dabei hat es noch lange nicht sein Bewenden. Die Adnexa der Mundhöhle werden bald in Mitleidenschaft gezogen oder werden gleichzeitig krank. Die Papeln oder Ulzerationen des Mundes komplizieren, kombiniren sich mit bösen, eitrigen und ulzerösen Katarrhen der Nase, des Larynx, des Dünn- und Dickdarmes, welche dem unglücklichen Kinde nicht nur die Aufnahme der Nährstoffe durch das Saugen, sondern auch die Digestion der ihnen durch künstliche Auffütterung zugeführten Nahrungsstoffe unmöglich machen und dasselbe einem sicheren Tode weihen.

Die Unterscheidung syphilitischer Geschwüre im Munde von anderen pathologischen Zuständen daselbst ist leicht möglich, z. B. von Aphthen, vom Soor.

Unter Aphthen versteht man bekanntlich hirse- bis linsengrosse durchscheinende bläschenartige Efflorescenzen an der Zunge und der übrigen Mundschleimhaut, welche durch fibrinöse Ausschwitzung zwischen Epithel und Korium entstanden sind und später sich zu gelblichen derberen Hügelchen gestalten, die sich entweder resorbiren oder geschwürig zerfallen und schliesslich ohne Narbenbildung heilen. Die Aphthen entstehen immer unter Fieber, aber ohne sonstige Nebenerscheinungen und heilen gewöhnlich in wenigen Tagen, selten erst nach höchstens zweiwöchentlichem Bestande. Die Differenz zwischen Aphthen und syphilitischen Geschwüren ist zu klar, um weiter ausgeführt zu werden.

Beim Soor, der vorzugsweise Säuglingskrankheit ist, bilden sich weisse Plaques-Auflagerungen, welche die Zunge und die Mundschleimhaut in grösserer Ausdehnung bedecken und von dieser leicht entfernbar sind.

Unter der Auflagerung, in welcher sich durch das Mikroskop zahlreiche Pilzfäden nachweisen lassen, ist die Schleimhaut nur geröthet und geschwellt.

Von durch Diphtheritis gesetzten Belegen, wie durch Pemphigusblasen im Munde erzeugten Geschwüren wird das ulzeröse Schleimhautsyphilid leicht getrennt werden können.

Die ersteren werden durch die sonstigen und Allgemein-Erscheinungen, die letzteren durch die Gegenwart von Pemphigusblasen an sonstigen Körperstellen erkannt werden können.

Von dem unserem Gesichtssinne zugänglichen Schleimhauttheile ist es nur noch die Schleimhautauskleidung der Nasenhöhle, welche direkt von der hereditären Syphilis zu leiden hat.

Der durch die Syphilis bedingte Katarrh der Nasenschleimhaut

Die Coryza

ist das sicherste Symptom, der treueste Begleiter der angeerbten Bluterkrankung. Sie hat einen grossen diagnostischen Werth insoferne, als sie das einzige Produkt der Syphilis ist, welches für sich allein bestehend schon die Diagnose der Syphilis rechtfertigt. Sie ist zum Unterschied der Coryza syphilitica der Erwachsenen eine Frühform der Krankheit, oft genug Prodrom der Eruption der Hautausschläge.

Soll Coryza syphilitica entstehen, so röthet sich die äussere Nase, schwillt an; ebenso die Mucosa, was am Septum narium deutlich zu sehen ist. Nachdem durch einige Tage ein Schnupfen mit reichlichem, dünnflüssigem, schleimigem Sekrete bestanden, entwickelt sich ein massenhafter eitriger, durch Arrosion der Schleimhaut blutig eitriger, jauchiger, überaus übelriechender Ausfluss. Das Kind ist in seiner Athmung bald merklich gehindert, respirirt mühsam, gleichsam in der Weise als müsste die Athemluft in der Nase ein mehr weniger grosses Hinderniss überwinden. In- und Expiration werden geräuschvoll, und entsteht bei derselben das die Coryza bezeichnende Schnuffeln. Bald hört auch dieses auf. Das ätzende abondante Nasensekret, das in der Haut der Nasenöffnungen wie nicht minder durch sein Ueberfliessen auf die Oberlippen auch daselbst zahlreiche Rhagaden gemacht, trocknet in der Nase zu dicken Krusten ein, welche diese verstopfen.

Die Respiration durch die Nase wird so ganz und gar unmöglich. Das Kind, das jetzt nur durch den Mund athmen kann, liegt mit offenem Munde da. Das Saugen leidet, wie man sich vorstellen kann, darunter im höchsten Masse. Kaum hat das Kind die Brust erfasst, muss es dieselbe wieder, weil ihm Luft mangelt, fahren lassen. Es schöpft tiefen Athem und macht wiederholt vergebliche Versuche, seinen Hunger zu stillen. Ermüdet sinkt es zurück, um bald das erfolglose Experiment nochmals aufzunehmen. Werden die Krusten in der Nase entfernt, und so die Passage für durchstreichende Luft frei gemacht, so kann das Kind

sich vorübergehend erholen. Die abgehobenen Krusten bedecken tiefgreifende Geschwüre, welche bei der leisesten Berührung bluten, auf die Knochen des Nasendaches, die tiefen Nasenknochen übergreifen und zur Nekrose derselben führen. Pflugscharbein, Muscheln, Nasenscheidewand können in Folge der Coryza nekrotisch untergehen und — was zwar nicht häufig geschieht — die Nase an der Wurzel oder erst am knorpeligen Theile einsinken. Die Coryza läuft nie ab ohne intensive Bronchitis, Bronchopneumonie, lobuläre Pneumonie im Gefolge zu haben, welche allein schon Todesursache für das Kind abgibt, wenn nicht Darmkatarrh, Ulzeration des Darmes das Ende früher herbeigeführt haben.

Die Entzündung und Schwellung in der Schleimhaut der Mund- und Nasenhöhle setzt sich zuweilen auch in den Kehlkopf fort. Der Schleimhautüberzug der Stimmbänder, der Morgagni'schen Höhlen wird per continuum ergriffen, schwillt ebenfalls an, wird ulzerös. Die Stimmbänderkrankung lässt sich am lebenden Kinde durch seine Stimme erkennen, welche ihren normalen Ton einbüsst und eine quikende, schrillende wird.

Nachdem ich Ihnen bisher die Beschreibung der Syphilis der allgemeinen Bedeckung und der Schleimhäute in Folge der hereditären Lues gebracht, will ich nun auf die Detaillirung ihrer Symptome an jene innern und Sinnesorgane, wo sie sich vorzugsweise lokalisirt, übergehen und beginne mit der

Blennorrhoea oculorum.

Die Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen ist strikte keine syphilitische Augenerkrankung, befällt aber oft Neugeborene mit hereditärer Syphilis, deren Mütter noch luetische Affektionen, Blennorrhoe der Geburtswege haben. Die Infektionsfähigkeit des blennorrhagischen Vaginalsekretes ist noch bei sehr grosser Verdünnung eine bedeutende. Es gelingt demnach sehr selten, auch durch die sorgsamste Reinigung der Augen des Kindes, sogleich nach der Geburt den Ausbruch der Bindehautentzündung hintanzuhalten, vielleicht aber die Intensität derselben zu mässigen. Die Blennorrhoe der Conjunctiva entsteht, wenn durch die Geburt akquirirt, in den allerersten Lebenstagen; eine spätere erklärt sich nur durch eine zufällige extravaginale Infektion mit dem Scheidensekrete (beschmutzten Fingern der Mutter, Leibeswäsche derselben etc.). Möglicherweise verbreitet sich, wie ZEISSL meint, zuweilen der katarrhalische Prozess der Coryza „durch die Thränenwege auf die Bindehaut eines oder beider Augen, wodurch Ophthalmoblennorrhoe mit ihren gefahrvollen Folgeleiden hervorgerufen wird“. Ist einmal Coryza vorhanden, so ist natürlicher, die dann immerhin spät aufgetretene Conjunctivitis durch direkte Uebertragung des eitrigen Nasensekretes entstanden sich zu denken.

Iritis.

Von den Membranen des inneren Auges ist es vorzugsweise die Iris, welche, wie beim Erwachsenen, Sitz einer spezifischen Bulbusaffektion ist. Die Iris kann durch die angeerbte Syphilis entzündlich erkranken. Die anatomisch-pathologischen Merkmale der Iritis am syphilitischen Kinde und Neugeborenen sind im Grossen und Ganzen mit denen bei nicht syphilitischen identisch. Verlauf und Ausgänge weichen ebenfalls von dem allgemeinen Schema der Regenbogenhautentzündung nicht gar sonderlich ab. Der Verlauf der Iritis specifica der Kinder ist in der Regel schleichender, schleppender, als der der nicht syphilitischen.

Das jüngste Kind, das ich mit der ersteren behaftet sah, war 4 Monate, das älteste 10 Jahre alt. Beim Säuglinge fehlten nie andere positive Zeichen der Syphilis; zumeist waren Coryza, breite Kondylome ad anum, Geschwüre und Rhagaden am Munde und After, welche das Augenübel begleiteten und ihm den Stempel der Spezificität aufdrückten. Ich könnte durchaus nicht behaupten, dass es schwache, schlecht genährte Säuglinge waren, an welchen ich es beobachtete; sie waren gerade dem Alter entsprechend entwickelt und durchwegs Ammenkinder.

Die allerersten Anfänge der Iritis konnte ich nur einmal genau studiren.

Zumeist beobachtete ich die Fälle, nachdem die Entzündung schon einige Tage, einmal sogar zwei Wochen bestanden hatte und die inflammatorischen Prozesse weit gediehen, die Entzündungsprodukte längst gesetzt waren. Die Kinder waren laut Angabe der Eltern zur Zeit der Entstehung der Augenaffektion nicht unruhiger als gewöhnlich und schienen unter derselben nicht sehr zu leiden. Die Empfindlichkeit dem Lichte gegenüber, die Lichtscheu, der Schmerz sind bei der Iritis spec. der Kinder entschieden nie hochgradig oder nur annähernd so schwer, wie sie es bei der nichtluetischen oder der spezifischen der Erwachsenen sind. Die Symptome der Iritis ex syph. hered. sind ziemlich deutlich. Ist auch die Ciliarinjektion nie intensiv, so ist dafür die Verfärbung (in's Grüne) der (bekanntlich bei Säuglingen immer blauen) Iris immer so vorge-schritten, dass sie sogleich sich dem Beschauer aufdrängt; die Exsudation, der Lympherguss in die Iris wird immer so gross, dass die Beweglichkeit der Membran herabgemindert oder ganz aufgehoben ist, *occlusio pupillae* verursachen kann; die Schwärze der Pupille schwindet in Folge gleichzeitiger Entzündung des vorderen Theiles der Linsenkapsel. Ich glaube annehmen zu dürfen, dass die leichte bläuliche diffuse Röthe der Sklera um die Cornea, die ich konstatiren konnte, als ich das Initialstadium der Iritis sah, dieselbe einleitet und dieselbe ist, welche weiter ihre unzertrennliche Begleiterin ist. Die Symptome der Iritis können bisweilen so unbedeutend sein, dass diese ganz übersehen wird und ihre Existenz zufällig erst später durch den untersuchenden Arzt durch die Anwesenheit zahlreicher Adhäsionen sichergestellt wird.

Auffallend ist es, dass es zumeist Kinder weiblichen Geschlechtes sind, welche von der Iritis ex syphil. hereditaria befallen werden. Ich habe die Iritis nie beiderseits gesehen, und nicht immer eine völlige restitutio ad integrum. Geling es mir in wenigen Fällen, wo ich die Affektion im frischen Zustande durch die lokale und allgemeine merkurielle Behandlung bekämpfte, das geringe Exsudat rasch zur Aufsaugung zu bringen, so brachte ich es aber bei ganzem Aufgebote meiner Mittel, wenn der Lympherguss lange vor meinem Einschreiten bestanden, nie dahin, einen bösen Ausgang (mehrfache Anheftungen, Unbeweglichkeit der Iris, Verlust der Rundung der Pupille) zu verhindern.

HUTCHINSON, der treffliche Gelegenheit hatte, syphilitische Iritiden bei Säuglingen zu studiren, führt an, dass er deren sogar während Merkurialkuren entstehen gesehen habe, mir selbst ist solches nicht untergekommen, ich hege aber nicht den geringsten Zweifel an der Exaktheit seiner Angaben, die gegen den Werth der Behandlung übrigens nichts beweist.

Die Cornea bleibt, soweit meine Erfahrung reicht, bei Kindern mit Iritis syphilitica, die das zweite Lebensjahr nicht überschritten haben, in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle vollkommen frei. Iritiden sind bei über zwei Jahre alten Kindern ziemlich selten und vorkommendenfalls beinahe ausnahmslos mit Keratitis kompliziert, dann aber Ausfluss der syphilitischen Diathese.

Keratitis.

HUTCHINSON, BÄRENSPRUNG, GRÄFE, MAX MARUNG haben zuerst gezeigt, dass auch die Cornea in Folge hereditärer Syphilis allein und für sich entzündlich erkranken könne. Am Erwachsenen ist nach akquirirter Syphilis die Keratitis eine überaus seltene Erkrankung, nie primär, sondern stets ein Konsekutivzustand oder Theilerscheinung anderer Affektionen des Bulbus. Bei Kindern mit ererbter Lues kann sie als spezifische Augenerkrankung zu allen Epochen in der Form der interstitiellen Keratitis auftreten, ist aber im Ganzen ziemlich selten.

Ihr frühestes Erscheinen ist zur Zeit der zweiten Zahnung, ihr gewöhnliches um die Periode der Pubertätsentwicklung, nachdem also das floride Stadium der angeerbten Syphilis bereits überwunden ist.

Sie führt sich durch scharfausgeprägte Ciliarinjektion, gleich heftigen Schmerz und Lichtscheu ein. Als bald trübt sich die Cornea vom Rande gegen das Centrum hin gleichmässig wolkig. Vom matten Grunde heben sich nun verschieden grosse, unregelmässige, opake, milchigweisse Flecke ab, die allmählig anwachsen und konfluiren und zuletzt die ganze Hornhautfläche einnehmen können. Zuweilen sind die Opazitäten sehr klein, punktförmig, aber zahlreich zerstreut, können aber auch mit der Zeit durch Zunahme an ihrer Zahl zusammenfliessen, grosse opake Stellen bilden. Zur Ulzeration kommt es nie. Die Resorption, die Heilung der Flecke beginnt ebenfalls immer vom Rande der Cornea her, braucht stets längere

Zeit, zuweilen über ein Jahr, und ist dann erst vielleicht nicht vollständig, so dass Trübungen weiter und für das Leben persistiren. Ein anderer häufigerer schlechter Ausgang der Keratitis ist eine bleibende Abflachung der Hornhautwölbung. Eine Rezidive der interstitiellen Hornhautentzündung kommt nicht vor.

HUTCHINSON berichtete in einem Spitalausweise im Jahre 1859 über 64 Fälle von Keratitis, welche ihm den Schluss zu ziehen erlaubten, dass Keratitis scrophulosa auf hereditärer Syphilis basire und bei Kindern registrirt werde, deren beide Eltern oder nur ein Theil derselben an Syphilis gelitten habe. In der grösseren Anzahl der (64) Fälle war vorhergegangene Syphilis zugegeben, in 11 die der Geschwister der Kinder, in 19 Fällen die Infektion vor der Ehe oder Ansteckung des Kindes durch die Amme. In 5 Fällen litten sogar die Eltern der Kinder, von welchen das jüngste zwei Jahre zählte, noch an Syphilis.

BÄRENSPRUNG spricht sich mit Entschiedenheit für die Keratitis ex Syph. hereditaria aus. „Ich selbst,“ sagt er, „habe das Vorkommen einer Keratitis bei hereditär syphilitischen Kindern mehrfach hervorgehoben; in diesen Fällen entwickelt sich dieselbe aber bald nach der Geburt und wich ziemlich schnell einem geeigneten Verfahren; den chronischen Charakter der skrophulösen Keratitis hatten diese Fälle nicht, sondern nahmen vielmehr einen subakuten Verlauf.“

MARUNG sagt am Ende seiner Dissertation über die Augenaffectationen (Berlin 1861) bei Lues congenita nach Anführung einiger Krankheitsgeschichten: „Aus den obigen Krankheitsgeschichten und den daraus gezogenen Schlüssen geht hervor, dass es eine gewisse Form von Keratitis gibt, welche aus der angeborenen Syphilis entsteht, von den meisten anderen Entzündungen der Cornea wohl zu unterscheiden und in seltenen Fällen mit einer gewissen Missbildung der Zähne (welche Kombination übrigens auch HUTCHINSON in seinem Rapporte anführt) verbunden ist. Dass sie jedoch aus keiner andern Ursache entstehen könne und hinreichend zur Diagnose der Syphilis wäre, ist keineswegs annehmbar. Sie ist unter die schwersten und spätesten Symptome der Syphilis zu zählen und correspondirt mit den tertiären Symptomen der Syphilis Erwachsener.“

Im Jahre 1860 berichtete HUTCHINSON zuerst über neun Fälle von kongenitaler Cataracta, welche er auf Syph. heredit. zurückbringen konnte. In allen Fällen waren noch Zeichen abgelaufener Erkrankungen anderer Theile des Auges, wie der Iris, Cornea (Synechien, Trübungen) nachweisbar. In solchen, wo die Cataracta bilateral (6mal) sich entwickelt hatte, war auch das Alter beider nicht dasselbe. HUTCHINSON hält die Cataracta für eine sekundäre, auf andere Augenaffectationen folgende Erscheinung, da nach seinem Ermessen die Linse keine Neigung zur primären Entzündung habe. Dazu muss die Entzündung der Iris eine chronische gewesen sein, da bei akuter Iritis syph. der Säuglinge die

Cornea sich nicht trübt. HUTCHINSON wagt es aber nicht jeden ähnlichen Casus der ererbten Syphilis zuzuschreiben.

Knochen. Im Gegensatze zu der so eminent häufigen Erkrankung der Knochen durch acquirirte Syphilis ist eine solche, wenn man von der Knochensyphilis in Fällen der fraglichen tardiven hereditären Syphilis und den Folgen der Coryza absieht, bei hereditär syphilitischen Neugeborenen und Säuglingen ein Phänomen, das zu den selteneren Vorkommnissen gehört und zwar der Art, dass vielbeschäftigte und gewiegte Kinderärzte sie nicht beobachtet zu haben vorgeben, und bekannte Lehrbücher der Pädiatrie sie ganz mit Stillschweigen übergehen zu können meinen. Der vorgeschrittenen Mikroskopie war es vorbehalten, Licht und Aufklärung über ein bis vor Kurzem fast ungekanntes und übel definirtes Knochenleiden bei der ererbten Syphilis zu geben und zu zeigen, dass diese nicht minder ihr allein eigene Veränderungen in den Knochen setze, die makroskopisch undeutlich und verschwommen in vivo, der untersuchenden Hand erst im vorgeschrittensten Stadium deutlich und genügend sich bemerkbar machen.

Die häufigste Erkrankung der Knochen ist die Periostitis und Caries; nach diesen das Gumma ossium und die später zu beschreibende Erkrankung an den Epiphysen der langen Knochen.

Die Ursache, warum bei hereditär syphilitischen Neugeborenen und Säuglingen Knochenleiden so selten gefunden werden, sieht ROGER in der „Tödtlichkeit der ererbten Syphilis in Fällen, wo sie sehr tief gegriffen und nicht behandelt wurde; in der leichten und vollständigen Heilbarkeit derselben, wenn sie nicht bedeutend ist und richtig behandelt wurde; endlich in dem häufigen Vorkommen anderer tödtlicher Krankheiten bei zarten kleinen Kindern.“

DIDAY meint ebenfalls, dass die Knochenaffektionen „selten bei Neugeborenen, offenbar weil die Dyskrasie früher tödtet, ehe sie zu tertiären Formen gelangt, oder weil sie früher durch gute Behandlung beseitigt wird“.

BERTIN war der erste, der Periostitis beobachtete, und zwar war dies Periostitis des grossen Trochanters und der Ulna.

LABORIE (1851) erwähnt einen Fall, in dem neben Periostitis noch Caries bestand. BOUCHUT behauptete bis auf die Jüngstzeit, dass er weder eigentliche Periostitis noch Caries gesehen, sondern wohl häufig ein endurcissement prématuré des os longs, eine frühzeitige Verhärtung der Röhrenknochen. Diese, zumal die femores und tibiae, waren bei Kindern, die todt oder zu früh geboren wurden, anstatt wie normal weich, schwammig, gefässreich zu sein, in ihrem mittleren Theile fast kompakt, elfenbeinartig hart und schwer zu durchbrechen oder zu durchschneiden.

ROSEN, DOUBLET, MAHON beschreiben Caries und Nekrose, welche auf vereiternde Gummata folgten, Ulzerationen der Nasenknochen und des Gaumengewölbes.

CUILLERIER und UNDERWOOD Knochenaffekte als erste Manifesta-

tionen der angeerbten Syphilis. In dem Buche DEMARRES über Augenkrankheiten ist ein Fall erwähnt, dass ein Kind mit einem papulösen Syphilid, Schleimausflüssen, Abszesse an den Scheitelbeinen und dem Hinterhauptbeine hatte.

BEDNAŘ sagt in seinem Lehrbuche der Kinderkrankheiten über die hereditär syphilitischen Knochenleiden: „Uebrigens haben wir ausser der Caries des Felsenbeines in Folge von Otorrhoe keine andere Knochenaffektion gesehen, wenn wir die beträchtliche Dicke der Schädelknochen, welche bei einem syphilitischen Kinde gefunden worden, nicht als Manifestation der Lues betrachten wollen.“

Nach VOGEL „betheiligen sich die Knochen selten an hereditärer Syphilis. Man hat die angeborene Fragilitas ossium, bei der sämtliche Röhrenknochen auf die geringste Gewalt zerbröckeln, und die natürlich nur bei todtgeborenen oder bald nach der Geburt sterbenden Kindern vorkommt, mit Syphilis der Eltern in Zusammenhang gebracht.“

Ich behalte es mir vor im Capitel der Anatomie mich nochmals über die Knochenerkrankungen auszulassen und will Ihnen jetzt Einiges über deren Symptomatologie mittheilen.

Periostitiden, Tophi, die am häufigsten vorkommen, lokalisieren sich mit Vorliebe an gewissen Theilen des Skeletes, wie den Röhrenknochen, den Knochen des Schädels, an welchen sie bei aufmerksamer Untersuchung erkannt werden müssen. In erster Linie ist es die Tibia, an welcher die Knochenläsionen sich markiren. Die innere Fläche derselben ist entweder, anstatt wie normaler Weise glatt oder seicht vertieft, in toto durch eine einzige Auftreibung erhaben oder mit kleinen höckerigen Vorsprüngen besetzt. Der Humerus ist an seinem unteren Drittheil zuweilen bedeutend verdickt. Dass der Epiphysenanthel an Volum zugenommen, kann man aus seinem Dickenverhältnisse zur Diaphyse wohl entnehmen, welches man erfährt, wenn man den Finger über den ganzen Oberarmknochen gleiten lässt. Diese Untersuchung ist dadurch schwieriger als an der Tibia, weil diese mehr freiliegend nur von Haut bedeckt ist, während um den Knochen des Oberarmes dicke Muskelschichten gelagert sind.

Auf ein ferneres wichtiges Symptom am Knochensystem machte PARROT aufmerksam. Untersucht man die Schädelknochen eines 8—12-monatlichen Kindes, so wird man schon bei der einfachen Besichtigung um die Pfeilnaht, die vordere Fontanelle, am Vorderschädel zerstreut liegende Höckerchen wahrnehmen, die nichts anderes als Knochenauftreibungen sind. In dem stumpfen Winkel der beiden Stirnbeine, in den vorderen Winkeln des Seitenwandbeines wird man ebenfalls mehr weniger prominente Knochenanschwellungen bemerken. „Diese Hervorragungen, diese Höcker,“ sagt PARROT, „sind rund und machen den Eindruck, als hätte man kleine Orangenschalen auf diesen Theil des Schädels umgestülpt. Uebrigens ist es leicht, sich von der Gegenwart dieser Protuberanzen zu überzeugen, wenn man mit der Hand über den Kopf des Kindes

fährt, woferne sie nicht schon dem Gesichte sich durch ihre Grösse deutlich machten.“

Diese Läsionen, fährt der genannte Gelehrte fort, die man zuweilen bei hereditär syphilitischen Kindern antrifft, sind in Fällen, in welchen sie vorkommen, eben so viele bestimmte Anzeichen der Krankheit. Sie zu kennen ist um so wichtiger und nöthiger, als man sie oft an Individuen sieht, die weder an der äusseren Bedeckung, noch sonst wo mehr ein Zeichen, eine Manifestation darbieten, die welcher Art sie sei, den Arzt aus einem etwaigen und irgendwie wachgerufenen Zweifel ziehen könnte.

Caries und Nekrose können schon in den ersten Lebenswochen beobachtet werden. Die Knochen des Schädels, vor Allem der Processus mastoideus, liefern zu den Erkrankungen dieser Art ein grosses Kontingent.

BÄRENSPRUNG berichtet über einen Fall, wo bei einem zehnwöchentlichen Kinde die äussere Knochenlamelle des linken Scheitelbeines in grossem Umfange nekrotisch zu Grunde ging.

PARROT sah am Schädel eines, einige Wochen alten Kindes circumscribte Zerstörungen der äusseren, theilweise der inneren Knochenlamelle; um den nekrotischen Herd waren zahlreiche superficielle Erosionen. Die abgestorbene Knochenmasse war durch eine durchscheinende, gefässreiche fibröse Masse ersetzt, aber auch die übrige Knochenmasse des Schädels war erweicht, schwammig und entleerte auf Druck eine blutige Flüssigkeit. Aehnliche Fälle wurden von LEDERER und HESCHL verzeichnet.

Ein eigenthümlicher, für die hereditäre Syphilis höchst charakteristischer Entzündungsprozess, der schon intrauterin frühzeitig sich entwickelt, ist in der Neuzeit an den Uebergangsstellen von Diaphyse zur Epiphyse der langen Knochen und an den Knochenknorpelgrenzen der Rippen gefunden und geschildert worden.

Die Entzündung macht verschiedene graduelle Abstufungen durch, bis sie in vivo nur durch ihre höchste Entwicklung kenntlich und diagnostizirbar ist; und zwar durch bedeutende Schwellung an den Gelenksenden, Eiterung in den Gelenken, Durchbruch des Eiters in das periartikuläre Gewebe und schliesslich Ablösung der Epiphyse von der Diaphyse. Die Epiphysenablösung kann aber zuweilen vor sich gehen, ohne dass die Eiterung solche Dimensionen angenommen hatte, dass sie sich durch Schwellung im Gelenke äusserlich hätte bemerkbar gemacht. Das Kind kann die Extremitäten, an welchen der Entzündungsprozess stattgefunden, nicht heben, bewegen. Nimmt man die anscheinlich gelähmten Extremitäten in die Hand und nimmt mit ihnen passive Bewegungen vor, so ist man überrascht einen Befund vor sich zu haben, der dem bei einem Knochenbruche gleich kommt; man fühlt deutliche und oft bedeutende Krepitation, man kann beide Knochenfragmente leicht neben einander verschieben. Ein derartiges Symptom bei einem Neugeborenen kann den Verdacht auf Fahrlässigkeit der wartenden Personen wachrufen oder gar die Schuld dafür der Hebamme, dem Arzte, der bei der Geburt behilflich

gewesen, in die Schuhe geschoben werden. Die forensische Medizin wird aber ihr Gutachten zu Gunsten der Verdächtigten abgeben. War die Sektion des Kindes möglich, so wird die mikroskopische Prüfung des angeblich frakturirten Knochens an ihm einen Prozess vorfinden, welcher einzig und allein der hereditären Syphilis zukommt und zum spontanen Abfall der Epiphyse führte, und als ein Ereigniss bezeichnen müssen, das ohne Schädlichkeit von aussen aufgetreten ist. War das Kind am Leben geblieben, so wird der unterrichtete Gerichtsarzt keinen Moment anstehen, bestärkt durch das gleichzeitige Vorhandensein oder späteres Hinzutreten anderer Zeichen der ererbten Syphilis, diese allein für den „Knochenbruch“ verantwortlich zu machen.

Der Knochenprozess am Epiphysenende muss aber nicht alle Stadien durchlaufen, das Endstadium erreichen, zur Epiphysenablösung führen, sondern kann ganz gut seine Anfänge nicht überschreiten und in Heilung ausgehen. Dass das wirklich geschehen kann, sprechen, wie ich glaube, die Heilungen der Lähmungen, die augenscheinlich nicht centralen Ursprungs, bei Merkurialbehandlung nach mehr minder langem Bestande behoben werden.

Die Intensität der sekundären Syphilissymptome am Kinde sind aber durchaus kein Gradmesser für die Heftigkeit, mit welcher die Knochen- und auch Eingeweideerkrankungen erscheinen. Auf leichte Haut- und Schleimhauterscheinungen, manchmal noch vor diesen, treten die ernstesten Knochenaffektionen auf. Es kann der Knochen anschwellen, in Eiterung übergehen, eine der Synovitis zum Verwechseln ähnliche Epiphysenerkrankung sich etabliren, ohne dass noch Sekundärsymptome sich gezeigt hätten. Die Diagnose der Knochen- besonders der Epiphysenerkrankung genügt aber schon dem Rigorosesten für die richtige Annahme der hereditären Syphilis.

Bereits während meiner Dienstzeit als Sekundararzt an der niederöst. Findelanstalt, wo ich Gelegenheit hatte, an 400 hereditär syphilitische Kinder zu sehen, kam mir des Oefteren die Epiphysenerkrankung zur Anschauung. Ich will aber Ihnen fünf derartige Fälle, welche besonders belehrend sind, und über welche ich im Jahre 1877 im Wiener medizinischen Dokorenkollegium referirte, anführen.

Die Epiphysenerkrankung fällt in allen angeführten Fällen in's Fötalleben zurück und war angeboren. Sie kann aber auch einige Wochen nach der Geburt an Knochen entstehen, die so viel nachweisbar, nicht affizirt waren; nicht minder wird sie aber an Früchten, die in der zweiten Schwangerschaftshälfte abgestossen werden, in allen ihren Perioden gefunden werden können. Dass sie am lebenden Kinde auch heilt, so lange es nicht zur Eiterung, zur Epiphysenablösung gekommen, halte ich für sehr wahrscheinlich, habe mich aber selbst davon noch niemals überzeugen können. Vielleicht bezieht sich theilweise auf glückliche Heilungen des Epiphysenbruches die Angabe PARROT's, an den Knochenenden, besonders des Femur Nodositäten gefühlt zu haben, welche die Vorstellung

erwecken, als wäre an ihrer Stelle der Knochen in einen olivenförmigen Körper eingefügt, der, wie die Sektion ergibt, nichts anderes ist, als ein halb knöcherner, halb fibröser Callus.

Lähmungen. Es treten am hereditär syphilitischen Neugeborenen und Säuglinge Nervenerscheinungen in Form von motorischen Lähmungen auf, für welche die Nekroskopie in Bezug auf das Nervencentrum negative Resultate bietet. Die oberen oder unteren Extremitäten, und zwar die einen und die anderen, können mehr minder oder ganz unbeweglich sein, ohne dass die Nerven, das Centralorgan, die Muskeln Läsionen zeigten, durch welche sie bedingt sein konnten. Die Gliedmassen liegen unbeweglich, die oberen in der Pronation neben dem Stamme, die unteren vollkommen gestreckt, was bei Säuglingen insofern sich bald als abnorm aufdrängt, da sie diese gewöhnlich, wenn sie selbe zu bewegen im Stande sind, in flektirter Stellung halten, falls sie den Spielraum dazu haben. Das Hinderniss, durch welches die Kinder gezwungen sind, den freien aktiven Gebrauch ihrer Glieder aufzugeben, kann wohl von ihnen selbst immerhin auf reflektorischem Wege überwunden werden, wenn man die Muskel durch Kneipen mechanisch reizt. Wie die Muskelempfindlichkeit, ist auch die Sensibilität, die Funktion der Empfindungsnerven ungestört. Die Kinder äussern bei Stimulation der Haut, zuweilen bei passiven Bewegungen der Extremitäten lebhaften Schmerz. Dieses, wie die totale Abwesenheit von Störungen der Funktionen des Centralorganes in anderen Nervensphären, als denen der Extremitäten, beweist hinlänglich, dass die Ursache der Paresen bei hereditär syphilitischen Kindern grösstentheils nur in den starren Hebeln, den Knochen gelegen sein müsse, und zwar in der angezogenen Epiphysenerkrankung, die in den Anfängen äusserlich zwar noch nicht wahrnehmbar, doch schon im Stande ist, die Motilitätsstörung hervorzurufen. Dass diese nicht fehlen werde, wo die Epiphysenerkrankung bereits solche Dimensionen angenommen hat, dass sie Abszess - Eiterung um die Gelenke hervorgebracht, ist selbstverständlich.

Dass von vielen Seiten und in vielen Fällen Heilungen der Lähmungen durch schnell angewandte Merkurialien erzielt werden konnten, spräche dafür, dass diese Specifica den Knochenprozess zu coupiren im Stande wären.

Lähmungen der Hirnnerven durch hereditäre Syphilis sind ungemein selten. In der Literatur sind nur ganz vereinzelte Fälle zu treffen. In einem solchen von JACKSON war die Lähmung der Extremitäten mit einer Facialislähmung gepaart.

Ohr. Im äusseren Gehörorgane sah ich des Oefteren breite Condylome wuchern, welche sein Lumen verengten. Nach kürzerem Bestande gingen sie in Eiterung über; gleichzeitig war die Schleimhaut des meatus auditorius in toto entzündet und derart geschwellt, dass die tieferen Gebilde des Ohres für das Gesicht unzugänglich wurden. Unter der lokalen Behandlung trat Besserung ein, und das Trommelfell war nach 3—4 Wochen

wieder zu sehen. Gewöhnlich war dasselbe dann perforirt. — Dreimal sah ich mit Prof. GRUBER bei Säuglingen mit Syphilis hereditaria nach einem Ausfluss aus dem Ohre, Durchbruch des Trommelfells, Gangrän des äusseren Gehörganges, der Ohrmuschel und der Wange. Die Kinder, die alle manifeste Syphilis zur Zeit der Ohrenaffektion hatten, starben im Verlaufe derselben. Bei der Sektion waren in allen Fällen die inneren Organe ergriffen. Die hinter dem Trommelfell liegenden Gebilde waren überaus blutreich, die Gehörknöchelchen mit Eiter durchsetzt. Hirn und Hirnhaut waren nicht entzündet, das erstere eher anämisch; in einem Falle adhärirte die dura mater an dem Schläfenbeine.

HUTCHINSON und JACKSON fanden in 100 Fällen ererbter Syphilis 10 Fälle von Taubheit. Bei neun derselben war der eingetretenen Taubheit Ohrenfluss vorausgegangen. Der englische Chirurg DAVIDSON beschrieb 1871 eine Taubheit, welche zugleich mit der Keratitis parenchymatosa angetroffen wird. Er legte der ersteren eine Veränderung des Tympanum zu Grunde, die darin besteht, dass es stark vascularisirt, röthlich grau wird. Schwindet die Röthe, so wird die Membran schmutzig weiss und verliert ihre Spannung. In 20% der beobachteten Fälle fand DAVIDSON die später zu beschreibende Difformität der Zähne, und wurde die Antecedenz der Syphilis zugegeben. DAVIDSON fand Narben an den Mundwinkeln, Narben nach Geschwüren an verschiedenen Körperstellen; die Nase an der Wurzel eingesunken, die Stimme rauh, Auftreibungen an der Tibia. 19 Male gestanden die Eltern ihre Syphilis.

Zähne. Auf eine ganz eigenthümliche Zahnerkrankung, welche bei Erwachsenen die ererbte Diathese noch erkennen lässt, wenn sonst kein objektives Symptom darauf mehr hindeutet, hat HUTCHINSON aufmerksam gemacht. Es ist dies ein besonderer pathologischer Vorgang an den bleibenden Zähnen, der schon bei deren Bildung in seine Rechte tritt und nur an diesen allein sich abspielt, während er die Milchzähne ganz und gar unberührt lässt. Das zuweilen frühe Kariöswerden der letzteren ist nicht durch die Syphilis verschuldet. Die Kinder, an welchen bei der zweiten Dentition die ererbte Syphilis an den bleibenden Zähnen ein Merkmal zurück lässt, und welches, wie HUTCHINSON beobachtet, zu einer Zeit gefunden wurde, in welcher die Virocität der elterlichen Syphilis in höchster Blüthe gestanden, aber auch nur diese, bekommen zur Zeit, in der sich die permanenten Zähne entwickeln, eine überaus heftige Stomatitis, welcher auch nichts Anderes, als die Syphilis zu Grunde liegt. Die während und nach der Mundaffektion hervorbrechenden Zähne haben nicht die Farbe gesunder Zähne und sind eigenthümlich durchsichtig, durchscheinend. Die beiden oberen, mittleren Schneidezähne bleiben hie und da in ihrer Entwicklung hinter allen anderen weit zurück, verkümmern. War ihr Wachsthum, was das Gewöhnlichere ist, nicht eingeschränkt, konnten sie bis zur normalen Grösse gedeihen, so war dafür ihre Stellung, die Richtung, nach welcher sie wuchsen, nicht

die normale. Sie erscheinen schon von vorneherein nicht parallel neben einander, sondern mehr konvergierend, so dass sie wie von oben nach unten schmaler werdend aussehen, und gleichsam, als hätte man ihre seitlichen Flächen absichtlich abgefeilt, der Zwischenraum zwischen ihnen und den nachbarlich angrenzenden Zähnen vergrößert wurde. Zudem ist der freie Rand beider oberer, mittlerer Schneidezähne nicht geradlinig, scharfkantig, sondern wie eingekerbt, geriffelt. Die zarten Riffe nützen sich in der Folge mehr und mehr ab, so dass mit der Zeit die Einkerbungen tiefer werden, mit einander verschmelzen, und am Ende am keilförmigen Schneidezahne eine einzige runde Vertiefung geblieben ist. Diesen Zustand an den bleibenden Zähnen — es können ausser den beiden mittleren, oberen Schneidezähnen auch noch einige andere in derselben Weise sich verändern — hält HUTCHINSON für so pathognomisch, dass er einen Menschen, dessen so beschaffene Zähne er gesehen, auch schon auf den ersten Blick für hereditär-syphilitisch erklärt.

Ich selbst habe mich von der Richtigkeit der HUTCHINSON'schen Wahrnehmung wiederholt überzeugt, muss aber gestehen, dass ich auch eben so oft enttäuscht wurde, wenn ich auch von nichts Anderem als von der Beschaffenheit der Schneidezähne ausgehend, wie HUTCHINSON bei ihren Trägern Lues voraussetzte. Ich habe die von ihm beschriebene Difformität an vollkommen gesunden, jugendlichen Individuen, die ich von der ersten Kindheit auf kenne, gefunden, die von gesunden Eltern stammend, nie Syphilis hatten. Ich möchte demnach auf eingekerbte und nach HUTCHINSON'scher Zeichnung abgenutzte Zähne hin, nie die „par distance Diagnose“ der ererbten Syphilis machen.

HUTCHINSON hat mit seiner Ansicht, die, wie ich gesagt, unbedingt Einschränkungen sich gefallen lassen muss, vielfache gegentheilige provoziert. Ich kann mir nicht vorstellen, dass die HUTCHINSON'sche Zahn-erkrankung mehr und besser in England, als in Deutschland gedeihe, wie BÄUMLER, der übrigens dafür keine Erklärung und Belege gibt, meint; doch sind gerade in Deutschland die meisten Stimmen gegen die Lehre des englischen Forschers laut geworden.

ALBRECHT führt an, dass man die HUTCHINSON'sche Zahn-Erkrankung auch bei anderen Dyskrasien antreffe, und dass Ernährungsstörungen, welche zur Zeit der Bildung der permanenten Zähne vorhanden gewesen, auch auf diese rückwirken und in zweierlei Weise als Atrophie oder Erosion an ihnen sich darstellen. Diese äussert sich immer an der Schmelzschicht des Zahnes, als punktförmiger, linearer oder sogar als totaler Defekt derselben; jene als Missfärbung und Verschrumpfung der Krone. Je nach der Ausdehnung dieser Affekte an einem Zahne und nach der Zahl der Zähne, welche von ihnen betroffen wurden, kann man sich einen Schluss auf die Dauer und die Zeit, um welche die Ernährungsstörung stattgehabt, erlauben. ALBRECHT hält des Weiteren dafür, dass, wenn die Kieferbögen klein oder seitlich zusammengedrückt

sind, das von HUTCHINSON für Syphilis hered. allein charakteristische Zahnleiden sich entwickle. Diese eigenthümliche Gestaltung der Kiefer obwalte auch mitunter bei der angeborenen Syphilis, in Folge dessen dann auch die Zähne in der bekannten Weise missförmig werden. STEINER theilt meine Erfahrungen, wenn er sagt: „Dass gekerbte, meisselartig zugeschärfte Zähne bei Kindern, wie HUTCHINSON behauptet, für Syphilis sprechen, kann ich nicht bestätigen, ich habe dieselben auch bei anderen, nichtsyphilitischen Kindern beobachtet.“

Nägel. Die Erkrankung der Nägel in Folge der ererbten Syphilis ist wohl eine ziemlich seltene Aeusserung derselben, hat aber dafür um so grösseren diagnostischen Werth, da sie, wenn auch kein anderes Symptom, allein schon auf Syphilis deutet. Am Kinde, das schon frühzeitig, in den ersten Lebenswochen Onychien haben kann, sind wie am Erwachsenen beide Formen der Nägelerkrankung vorfindlich. Ich habe die eine derselben, bei welcher primär die Umgebung der Nagelsubstanz und später diese selbst oder auch zumeist nicht in die Erkrankung mit einbezogen wird, Paronychia, ungleichmässig häufiger gesehen, als die Onychia, Onyxis, bei welcher durch Entzündung und Eiterung im ganzen Nagelbette der Nagel selbst verändert, brüchig wird, abstirbt und sich abstösst. BERTIN will letzteres in einem Falle an allen Nägeln der Hände und Füsse gesehen haben; GUÉRARD bei einem mit Syphilis behafteten Neugeborenen, bei welchem die Nägel an Händen und Füssen nach und nach atrophisch, länger und schmaler wurden und hierauf ganz ausfielen. Die neugebildeten Nägel mussten denselben Prozess durchmachen und wurden durch einen frischen Nachschub ersetzt.

Bei der Paronychia beschränkt sich der pathologische Vorgang meist auf eine Entzündung des das Nagelbett umgebenden Gewebes. Die Haut um den Nagelfalz wird diffus kupferroth und schuppt sich ab, wobei der Nagel gar nicht ergriffen zu werden braucht. BOUCHUT führt einen Fall an, wo dies an allen Nägeln der Hände und Füsse geschah. Oder aber es bildet sich auf der gerötheten Basis eine Reihe von Pusteln, die konfluiren und nach der Berstung eine grosse Geschwürsfläche darstellen, welche sich wieder überhäutet, heilt. Auch bei diesem Verlaufe bleibt gewöhnlich noch der Nagel erhalten. Das Gegentheilige tritt aber ein, wenn die Entzündung eine phlegmonöse wird, sich über das ganze Nagelglied und darüber hinaus ausbreitet und bedeutende Substanzverluste nach sich zieht. Der abgestossene Nagel kann sich wiederbilden, wenn auch nur überaus langsam.

Pathologisch-anatomische Erscheinungen der hereditären Syphilis.

Hereditär syphilitische Kinder sterben oft genug, ohne dass man eine mehr als vage und unbestimmte Todesursache anzugeben im Stande wäre. Man ist nicht geneigt, die oft wirklich nicht ernstesten sichtbaren Manifestationen der Lues, die mit der Geburt oder nach dieser sich gezeigt,

als solche hinzustellen. Der Säfteverlust durch Pemphigus, ein makulopapulöses Syphilid, Sklerosirung des Unterhautzellgewebes können nur schwer für das rasche Absterben der Neugeborenen verantwortlich gemacht werden. Aber die Kinder, welche mit den letztgenannten Symptomen der Syphilis auf die Welt gekommen und sogleich oder bald nach der Geburt zu Grunde gehen, sind in der Regel so hochgradig kachektisch, marastisch, dass man die, durch die angeborene Krankheit verursachte „Lebensschwäche“ als Grund für das frühzeitige Lebensende hinstellt. Sind in einer vorgeschrittenen Periode Darmkatarrh, Bronchitis, Bronchopneumonie hinzugekommen, so werden diese als Würgengel der Kinder bezeichnet, wobei man natürlich immer stillschweigend an das Primäre, an die hereditäre Syphilis, als causa movens denkt.

Aber auch an den Sektionstisch drängt sich noch in solchen Fällen die Diagnose „Lebensschwäche“, indem bei einer grossen Zahl syphilitischer Kinder der Befund an der Leiche nur ein negativer ist. Die Untersuchung ergibt nämlich bei solchen in den ersten Lebenswochen verstorbenen Kindern oft nicht die geringste pathologische Veränderung irgend eines lebenswichtigen Organes. Die in der Leiche vorfindliche ungleiche Blutvertheilung, die Blutüberfüllung eines Organes, die Blutleere eines anderen, Hyperämie der Leber, des Hirnes, Anämie derselben, der Lunge, ebenso wenig wie Schleimanhäufung im Larynx, in der Trachea, in den Lungen, mässiger Bluterguss, oder minime Exsudation einer blutigserösen Flüssigkeit in die Pleura- und die Bauchhöhle können weniger als Krankheitsprozess, welcher den Tod herbeigeführt, als ein ganz zufälliges Symptom erklärt werden. Die bedeutende absolute Blutarmuth der syphilitischen Kinder, die Abzehrung, die Tabes, die zurückgebliebene Entwicklung des ganzen Organismus ist wohl eine Erklärung für den Tod, aber dennoch immer kein positiver Befund an syphilitischen Leichen. Dass Kinder durch üble Verdauung, Diarrhoen anämisch, schwach werden, herabkommen, zu Grunde gehen, ist natürlich, sie müssen deshalb nicht syphilitisch gewesen sein. Die hie und da nachweisbare partielle Lungenatelektase ist gewiss nicht direkte Todesursache.

Andererseits können aber alle Eingeweide Sitz der durch die ererbte Syphilis gesetzten Krankheitsprodukte sein.

Des öftesten ist die Milz ergriffen. Sie ist schwer, voluminös, dicht, prall und von einem reichlichen Exsudate umgeben.

Die Leber ist häufig syphilitisch erkrankt. Sie erscheint bald grösser, schwerer als normal, gelappt, an den Rändern abgerundet, verfärbt, zimmtfärbig, feuersteingelb, hart; am Durchschnitte glatt, zuweilen daselbst mit hellen, weissen, weissgelben, rundlichen, prominenten Knoten besetzt, oder daselbst weiss gefleckt, gestreift; bald lässt sie am Durchschnitte schon auf sanften Druck eine leicht rosenrothe Flüssigkeit austreten. Mit anderen Worten: Die hereditäre Syphilis zeigt sich an der kindlichen Leber in zwei Formen, entweder als üppige Bindegewebswuche-

rung, dem Verlauf der Gefässe entlang mit konsekutiver Schrumpfung des Parenchyms, wodurch narbenförmige Einziehungen, Lappung der Leber entsteht; oder in Form von Abszessbildung mit Bindegewebsneubildung um die Abszesshöhlen; Gummabildung.

Die Lunge zeigt in ihrer Totalität den Zustand der Hepatisation und wird so der Fötallunge ähnlich; dabei ist sie voluminöser, schwerer, kompakter als im gesunden Zustande. Zuweilen enthält sie bis nussgrosse, anfänglich weisse, später gelbe, im Zentrum bräunliche Knoten, Gumma.

Ungemein selten erkrankt das Herz; gummöse Infiltrate im Herzfleische können vorkommen, wenn solche in den Lungen vorfindlich sind.

Ebenso selten und in derselben Weise werden Magen und Darm, Nieren und Nebennieren von der hereditären Syphilis affiziert. In seltenen Ausnahmen zeigen sich die Hoden massig geschwellt, schwer, verhärtet.

Dafür wird das Knochensystem in ausgiebigem Maasse in Mitleidenschaft gezogen. Das syphilitische Knochenübel kann verschiedene Formen annehmen, Formen, die aber von denen der acquirirten Lues nicht abweichen, sowohl was Charakter, Verlauf, Lokalisation und Ausgang betrifft. Eine einzige wurde in der Jüngstzeit beobachtet, welche am Erwachsenen, bei der erworbenen Syphilis nicht möglich und ausschliessliches Attribut der von den Eltern überkommenen Lustseuche ist, und im syphilitischen Foetus, oder dem in der ersten Entwicklung begriffenen syphilitischen Kinde zum Ausdrücke gelangt.

Ich will nun die hier kurz angedeuteten pathologischen Veränderungen, und noch anderwärtige durch die Syphilis produzierte ausführlicher besprechen.

Von spezifischen Erkrankungen im Hirne sind bisher nur äusserst seltene Fälle verzeichnet. Die so überaus häufigen spinalen Lähmungen, welche an syphilitischen Neugeborenen und Säuglingen wahrgenommen werden, finden bei der Sektion durchaus keine Erklärung.

BUHL und HECKER beschrieben als „gelatinöse Erweichungsherde“ sulzige, trübe, gelbweisse Exsudate in den Hirnlappen, welche unter dem Mikroskope sich als aus Körnchenzellen zusammengesetzt darstellen.

SCHOTT¹⁾ fand nur einmal bei einem Kinde mit Pemphigus an Händen und Füßen in der Leiche desselben neben ausgebreiteten Atelektasen in der Lunge einen erbsengrossen fibrösen Knoten in der vergrösserten und derben Leber, auch noch Gallertgeschwülste an der unteren Fläche beider Vorderlappen des Grosshirnes.

„Die Gallertgeschwülste hatten die Grösse einer Haselnuss und stellten eine weiche, graugelbliche, zitternde Masse dar, welche, mikroskopisch untersucht, in der gallertigen Grundsubstanz freie Kerne, runde, spindelförmige Zellen und hin und wieder anastomosirende Bindegewebskörperchen erkennen liessen. Es ergab sich somit eine ganz analoge Zusammensetzung mit den Geschwülsten, wie sie einerseits JOH. MÜLLER beschreibt

¹⁾ Mayer's Zeitschrift für Kinderheilkunde 1861.

(MÜLLER, Arch. 1836), anderseits WAGNER (VIRCHOW, Arch. 8 Bd.) bei einer ähnlichen Geschwulst in der Nähe der Vierhügel bei einer am Puerperal-Fieber verstorbenen jungen Person, angibt.“

Die Erkrankung der Thymus, welche heute als Symptom der hereditären Syphilis kaum mehr von irgend Jemandem in Zweifel gesetzt werden dürfte, ist überaus selten. Nach meinen Aufzeichnungen begegnete ich ihr bei fast 200 Sektionen von Kindern, die deutlich ausgesprochene Erscheinungen der hereditären Syphilis zeigten und bald nach der Geburt verstarben, im Ganzen nur sechs Mal.

Die Erkrankung der Thymusdrüse besteht darin, dass in dem normal grossen, vergrösserten oder auch verkleinerten, durch Bindegewebsneubildung mehr harten oder zuweilen erweichten Organe, kleinere oder grössere Eiterherde sich bilden, welche zuweilen dasselbe ganz ausfüllen.

Abszesse in der Thymus syphilitischer Kinder haben schon VERON (1825) und CRUVEILHIER gesehen, ohne selbe als Produkt der Syphilis zu deklariren. Erst DUBOIS ¹⁾ hatte dieselben zuerst mit der ererbten Lues in Verbindung gebracht.

Er begründete seine Annahme auf Sektionsbefunde bei Kindern syphilitischer Eltern, die bald nach der Geburt starben, ohne dass eine äusserlich erkennbare Ursache für den Tod nachweisbar gewesen wäre. Er untersuchte die Eingeweide der verstorbenen Kinder und fand die Thymus in eigenthümlicher Weise erkrankt. In fünf Fällen, über welche er mit DÉPAUL berichtete, fanden sich ausserdem Suppurationen in der Lunge und Leber, Lungeninduration, Lungenechymosen.

Die Thymus unterschied sich äusserlich wenig oder gar nicht von einer gesunden. Schon auf leichten Druck sickerte auf die Durchschnittsfläche eine weissgelbliche, halbflüssige, dickliche, rahmartige, alkalisch-reagirende Masse, die bei der physikalischen und mikroskopischen Untersuchung, die DONNÉ vornahm, sich als eitrig erwies. Der Eiter war im Innern der Drüse wie infiltrirt, oder in einzelnen Herden, Höhlen, welche beide Lappen okkupiren konnten, enthalten.

Die Befunde DUBOIS' wurden schon im Jahre darauf von DÉPAUL bestätigt. In der Folge häuften sich die bekannten Fälle. HECKER in Berlin, LEHMANN in Amsterdam, BRESLAU und WEISFLOG in Zürich, u. v. a. vermehrten ihr Kontingent und nahmen mit guter Ueberzeugung die Partei DUBOIS' gegen ELSÄSSER, VIRCHOW, LEBERT, während in Wien BRAUN, SPAETH und WEDEL (1858) die Richtigkeit der Forschungsergebnisse des französischen Autors anerkannten, und das Vorkommen der Thymuseiterung bei der hereditären Syphilis bestätigten. Die Gegner DUBOIS', zu welchen sich später auch BÄRENSPRUNG gesellte, führten gegen ihn an, dass die stroh-, zuweilen dunkelgelbe, aus der Thymus gepresste

¹⁾ Du diagnostic de la syphilis commune, des causes probables de la mort du foetus. Gaz. méd. de Paris 1850.

Flüssigkeit nicht Eiter, sondern der milchige, eiweissreiche, schwach-sauer reagirende Drüseninhalt sei, welchen die Thymus während des Fötallebens produziert. Von dieser unterscheidet sich jedoch der Eiter durch seine Konsistenz, Trübheit und Farbe. Was die Provenienz des Eiters betrifft, glaubt DUBOIS, dass er sein Entstehen einer Entzündung der Thymusgänge und ihres Behälters verdanke. BÄRENSPRUNG sind ¹⁾ „zwar viele Verschiedenheiten in Bezug auf Grösse und Form der Thymus vorgekommen, aber niemals eine wirkliche Entzündung, Eiterung oder Abszessbildung in derselben; er fand das Organ bald mehr oder weniger gross, blass oder roth, bald lappig, bald glatt; das in den Kanälen angesammelte Sekret meist trübe und molkig, die Kanäle zuweilen erweitert; das Parenchym zuweilen ecchymosirt und in einem Falle mit einem grösseren Blutgerinnsel durchsetzt; aber nichts, was er für eine spezifisch-syphilitische Veränderung hätte halten können“. WIDERHOFER beschrieb 1862 zwei Fälle, welche er bei Sektionen im Wiener Findelhause während der Jahre 1856—1858 beobachtete, und kommt nach einem Resumé seiner und anderer Beobachtungen zu dem Schlusse, dass „ein Thymus-Abszess entweder dem Bestehen des Organismus an und für sich schon höchst gefährlich ist, oder dass mit dessen Vorkommen schon andere destruktive Prozesse kompliziert vorkommen, die das Leben nur für eine äusserst kurze Zeit bestehen lassen“, dass die Bildung des Thymus-Abszesses ein intrauteriner Prozess sei und sein Vorkommen nur konstatiert wurde, bei kongenitaler Syphilis im engsten Sinne des Wortes, i. e. einer Syphilis, die schon im Momente der Geburt an dem Kinde ausgeprägt ist, und dass schliesslich die Veränderung in der Thymus nur bei den schwersten Formen, wie der bullösen und pustulösen Form, vorkomme. Auch ROKITANSKY erklärt die Eiterherde in der Thymus bei Neugeborenen und Säuglingen als Erscheinung angeborener Syphilis.

WEDL's ²⁾ mikroskopische Untersuchungen wiesen nach, dass das Contentum der Höhlen in der erkrankten Thymus in der That Eiterflüssigkeit ist.

„BRAUN und SPAETH,“ schreibt er, „schenkten diesem Gegenstande ihre Aufmerksamkeit und fanden in den entsprechenden Lappen der Thymus mehrere mit einer purulenten Flüssigkeit gefüllte Höhlen oder eine grössere Centralhöhle, welche gleich jenen eine gelbliche trübe Flüssigkeit einschloss. Letztere enthielten nicht mehr, wie im Normalzustande, jene bekannten kernigen grauen Elemente, sondern granulirte Kugeln, welche nach Behandlung mit verdünnter Essigsäure die charakteristischen Kerne der Eiterkörnchen zeigten; auch kamen in der Interzellularflüssigkeit die gestreckten Fäden des Schleimstoffes zum Vorschein. An den consisten-

¹⁾ l. c. p. 184.

²⁾ Histolog. p. 539.

teren Stellen der Höhlenwandlungen kam in einem exquisiten derartigen Falle auch Zellgewebsneubildung vor.“

LEHMANN fand in der Thymus harte, gummiähnliche Knoten.

„Die Schnittfläche zeigte,“ nach seiner Schilderung, „überall zwischen der normalen Textur eingebettete, kleine, kompakte, ovale, weisslich-glänzende Flecken von der Grösse einer Erbse bis zu der einer kleinen Bohne, deren erweichter Inhalt als eine weissliche Flüssigkeit von käseartiger Konsistenz hervorquoll. Beim ersten Anblicke und oberflächlicher Anschauung hätten sie für erweichte Tuberkel oder vielmehr für kleine Kavernen mit verdickter, kompakter Wandung gehalten werden können. Weder kapilläre Injektion noch Extravasate waren im Parenchyme vorhanden. Die histologische Untersuchung der kompakten Wände dieser kleinen Höhlen ergab einzelne fibroplastische Körper, verschiedene Kernfasern und gut gebildetes Bindegewebe, indem das dazwischenliegende normale Parenchym der Drüse ebenfalls grösstentheils aus Bindegewebe bestand. Die käsige Flüssigkeit bestand aus eingetrockneten Eiterkörperchen, feinen Fettmoleküle, körnigem Detritus und denselben in der Dura mater gefundenen, Krystallen, welche in gleicher Menge angetroffen wurden. Die Elemente des normalen, milchigen Thymussaftes wurden nicht vorgefunden.“

Ausserdem Bindegewebsneubildung an der Dura mater, gummöse Ablagerungen in der Leber.

EBERTH sah neben den einzelnen Abszessen trockene käsige Knoten.

LANCEREAUX glaubt mit Recht, dass die Abszesse in der Thymus aus einzelnen oder konfluierenden Gummaknoten, welche zur Erweichung gelangt, entstanden sind.

Ich habe in den sechs Eingangs erwähnten Fällen veritable Abszedirungen getroffen und den Abszessinhalte als wirklichen Eiter erkannt. Ich zweifle gar nicht, dass sie aus gummösen Infiltraten hervorgegangen, da ich solche neben ihnen bestehend gesehen und in einigen derselben einen centralen Abszess konstatiren konnte. Der Prozess in der Thymus ist kein einfacher Erweichungsvorgang, sondern eine wirkliche Abszedirung. Diese hängt mit der Syphilis zusammen. Das geht doch gewiss schon daraus hervor, dass noch kein Thymusabszess in einer nicht-syphilitischen Kindesleiche gefunden wurde.

Die Lungen der hereditär syphilitischen Kinder bieten nicht immer spezifische Veränderungen. Die am Leben beobachtete heftige Bronchitis oder Pneumonie ist natürlich durch die Sektion nachweisbar. Das Sekret füllt im ersten Falle die Bronchien ganz aus und enthält reichliche Epithel- oder Eiterzellen, zuweilen in Verfettung begriffene Epithelien der Lungenalveolen. Die Lunge syphilitischer Neugeborener ist stellenweise, oder in der grössten Masse, im Zustande der vollständigen Hepatisation, ist dichter, schwerer, gleicht der Fötallunge. Hie und da stösst man auf erbsen- bis haselnussgrosse Knoten, die, anfänglich durchwegs weiss und

hart, später erweichen, im Centrum gelb, schwefelgelb bis bräunlich, derb, schwer durchschneidbar, sich immer mehr verflüssigen, eitrig zerfallen. Diese knotigen Gebilde sind syphilitische Knoten, Gummata, durchaus nicht gewöhnliches, umschriebenes hepatisirtes Lungenparenchym.

Die Induration, das Gumma pulmonum syphilitischer Kinder hatten schon OLIVIER, CRUVEILHIER gekannt. Im Jahre 1851 sprach sich DÉPAUL ¹⁾ minder entschieden CAZEAUX, zuerst dafür aus, dass die Knoten durch die ererbte Syphilis bedingt seien. DÉPAUL fand die gummöse Affektion der Lunge ohne weitere Affektionen in den anderen Organen, oder kombinirt mit Volumszunahme der Leber und Eiterung in der Thymus und häufig bei Kindern, die Pemphigus hatten. DÉPAUL beschrieb zerstreut liegende Knoten in der Lunge von der Dichte des Leberparenchyms, welche zuweilen hart unter der Pleura liegen, diese vorwölben und nach Abnahme derselben sich als gelbe Protuberanzen zu erkennen geben. Die indurirten Stellen erweichen in der Folge, und zwar vom Centrum aus und stellen dann eine einzige Eiterhöhle, einen Abszess dar, dessen Wandungen verhärtetes Parenchym sind; *Abcès multiples* DÉPAUL's. Beim Durchschneiden der Lunge stösst man bald auf das erweichte Gumma, indem sein Inhalt aus der Durchschnittsfläche herausquillt. Ausserdem ist es, wenn noch nicht geschmolzen, unter allen Umständen schon durch seine Farbe vom gesunden Parenchym deutlich zu unterscheiden. Die Induration kann zur Zeit der Geburt des Kindes schon vorhanden sein. Macht sie die weitere Entwicklung, die eitrige Metamorphose durch, so ruft sie in vivo die Symptome der Lobulärpneumonie hervor.

LEBERT ²⁾ lieferte die mikroskopische Untersuchung des Knotens. „Inmitten eines Gerüsts aus Lungengewebs- und fibroplastischen Elementen ist eine pulpöse, weiche Masse, in welche zahlreiche kleine Zellen, die weder Krebs- noch Tuberkelzellen, sondern Zellen sind, die in jeder Rücksicht denen des syphilitischen Knotens gleich sind.“ BÄRENSPRUNG pflichtet der Meinung bei, dass die besprochenen Knoten im Nexus mit der angeborenen Syphilis stehen, Syphilome sind. Er sah sie bei Kindern, deren Mütter infizirt waren. Die Lungen waren vollkommen atelektatisch.

„In dem übrigens unveränderten Gewebe fanden sich scharf umschriebene, meist nur erbsengrosse Knoten, Tuberkeln ähnlich, welche bei ihrem Entstehen aus einer grauen, homogenen Masse bestanden, die sich später gelblich, dann schwefelgelb färbte und endlich von der Mitte her in einen breiigen Detritus verwandelte, während sich am Umfang eine festere Bindegewebskapsel bildete.

„Dass es sich auch hier um eine spezifische Neubildung zwischen den normalen Elementen des Lungengewebes handelte, ergab der zellige

¹⁾ Sur une manifestation de la syphilis congénitale, consistant dans une altération spéciale des poumons, qui n'a pas encore été désignée et basée sur des recherches qui remontent en 1837. Gazette médicale 1851.

²⁾ Bulletin de la Société anatomique. Paris 1852.

Bau der grauen Knoten; der Uebergang in eine gelbe Substanz ging mit dem körnigen Zerfall dieser Zellen einher, die sich endlich in eine völlig strukturlose Körnermasse auflöste. Diese Metamorphosen sprechen für eine Verwandtschaft mit tuberkulöser Infiltration; aber während bei dieser die Erweichung zu einer schnell um sich greifenden Ulzeration zu führen pflegt, begrenzt sich hier der Prozess durch eine Art von Abkapselung, die sein weiteres Fortschreiten hemmt.“

Zuweilen nimmt man am Durchschnitte ein denselben okkupirendes, graugelbes Netzwerk wahr. Dieses entstand durch missfarbiges Exsudat zwischen den einzelnen Lungenläppchen, das sich mikroskopisch als fettkernchenreiche Zellgebilde und fettig entartete Epithelzellen darstellt.

Man hat es hier mit einer interstitiellen, interlobularen Pneumonie zu thun, welche diffus über die ganze Lunge sich ausbreiten kann. Diese der kindlichen Syphilis vielleicht zukommende Veränderung kann neben dem Syphilom der Lunge vorfindlich sein.

Die syphilitische Erkrankung der Tracheal- und Bronchialschleimhaut tritt in der Gestalt spezifischer Geschwüre auf, die tief in das submuköse Stratum dringen und im Falle der Heilung mit Bildung strahliger Narben enden. Dieser Ausgang wird gewiss selten erreicht, da indess der Tod des Kindes eingetreten ist. Dass ein solches mit derartig konstringirenden Narben in der Trachea am Leben blieb und in der Folge die künstliche Dilatation oder die Tracheotomie nöthig gehabt hätte, habe ich nie beobachtet.

Die Erkrankung der Leber in Folge der hereditären Syphilis, die partielle oder diffuse Infiltration wurde von GUBLER¹⁾ zuerst beschrieben.

Im höchsten Grade der Affektion ist die Leber auffallend vergrößert, kuglig, hart, schwerer als normaliter, überaus elastisch, so dass sie an den Rändern, zwischen die Finger gefasst, diesen entweicht, die Fingereindrücke sich aber dennoch nicht erhalten. Das einschneidende Messer ruft ein knirschendes, kreischendes Geräusch hervor. Die Durchschnittsfläche hat überall gleiche Beschaffenheit.

Vom Flinten-Feuerstein-gelben Grunde heben sich weisse, kleine Körnchen und die hellen überall hin verlaufenden, leeren, bandartigen Gefässverästelungen ab. Sind die pathologischen Veränderungen geringe, so ist die Leber weniger hypertrophisch. Die gesunden Partien haben ihre normale Beschaffenheit vollends erhalten, die ergriffenen sind hart und liefern auf Druck eine gelbliche Flüssigkeit. Die nicht in toto affizirte Leber gibt sich schon äusserlich durch ihre Färbung zu erkennen, indem das gesunde Parenchym rothbraun, das erkrankte gelb gefärbt ist.

Eine Injektion in die Lebergefässe zeigt, dass diese verengt, unwegsam, obliterirt sind. Unter dem Mikroskope sieht man das interacinöse

¹⁾ Mémoire sur une nouvelle affection du foie. Gaz. méd. de Paris, Mai Juin 1861.

Bindegewebe massig vermehrt, wodurch aber das Volum des Organs vermehrt, das Lumen der Gefässe verengt oder aufgehoben, die Leberzellen zwar verringert sind, aber ihr gewöhnliches Aussehen beibehalten haben können.

Dieser Befund GUBLER'S wurde in der Folge von DEPAUL, TESTELIN¹⁾, TROUSSEAU, LEBERT und CUILLERIER bestätigt. DESRUELLES und CAZENAVE fanden die beschriebene Induration auch bei früh- und todtgeborenen Kindern, also schon in utero entstanden. TROUSSEAU sieht in dieser der Cirrhose ähnlichen Erkrankung der Leber eine Haupterscheinung der angeborenen Syphilis. „Bemerkenswerth ist,“ sagt er, „der Zustand der Leber, der sich zuweilen bei syphilitischen Kindern entwickelt zeigt; sie nimmt die Farbe von Sohlenleder und eine grosse Härte an, so dass sie beim Durchschneiden knirscht.“

ROKITANSKY beschreibt in der, diesem grossen Forscher eigenthümlichen und trefflichen Weise diese Schwielenbildungen in der Syphilisleber und namentlich jene Veränderungen und Erscheinungen der Leber, indem das Ansehen der Durchschnittsfläche eine gleichzeitige Fettmetamorphose darbietet, da ein Antheil von Leberzellen an amyloider, ein anderer an fettiger Degeneration erkrankt. Die mattgraue, durchscheinende Lebermasse erscheint von weissen, opaken Sprenkelungen retikulirter Zeichnungen durchsetzt, welche die fetthaltigen Leberzellen verursachen. Auf eine derlei kombinierte Erkrankung ist der Name wächserne Leber zu beziehen, mit der man eine Modifikation der Fettleber bezeichnen wollte, wie solche namentlich mit angeborener Syphilis zuweilen zur Welt gebracht wird.

WEDL, ZEISSL, SCHOTT fanden knotenförmige Bindegewebsneubildungen in der Leber.

SCHOTT beschreibt die infantile Lebersyphilis wie folgt:

„Die häufigsten konstantesten Veränderungen ergaben sich in der Leber; dieselbe war vergrössert, derb, sowohl braunroth als gelblich gefärbt, wodurch die Schnittfläche mitunter ein geflecktes Ansehen erhielt; dabei war, wie dies bei Kindern meist der Fall, der Ausdruck der Acini verwischt, die Schnittfläche mehr gleichmässig; in einzelnen Fällen, die Durchschnittsfläche, bei derbteigiger Konsistenz der Leber, matt glänzend, speckähnlich; oder es war, wie in jenem früher erwähnten Falle, wo Gallertgeschwülste an der Hirnbasis sich vorfanden, in dem Leberparenchym oberhalb eines grösseren Gefässstammes ein rundlicher erbsengrosser weissgelblicher derber Knoten vorhanden, in dessen Umgebung sich weissliche Schwielen nach verschiedenen Richtungen verzweigten.

Die an solchen Präparaten vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab verschiedene Resultate. Entweder Verfettung der Leberzellen, Fettinfiltration derselben, vorzüglich im Bereiche der Pfortader,

¹⁾ Journal de Bruxelles 1858.

Vermehrung des Bindegewebes und zwar in Form zahlreicher proliferirender Kerne in der Adventitia der Gefässe, oder es waren die Gefässwandungen durch fibrilläres Bindegewebe verdickt; nebstdem zeigten sich Kernwucherungen mit Herstellung rundlicher Haufen, oder es wucherten dieselben zwischen die Leberzellen hinein.

In Fällen, wo die Leber ein mehr speckähnliches Ansehen darbot, waren, wenngleich nicht immer, die Leberzellen vergrössert, zu gleichmässigen, homogenen, durchscheinenden hellen Gebilden degenerirt, die Leberzellenschläuche dünn, kollabirt, mit freiem Fett erfüllt, bei Anwendung von verdünnter Jod- und Schwefelsäure-Lösung traten hiebei verschiedene Färbungen auf, nach dem Grade der Degeneration, in dem einzelne Antheile gebräunt, einzelne violett gefärbt wurden, andere eine mehr grünliche Farbe annahmen. Bei Untersuchung des Knotens und der Schwiele innerhalb der Leber ergaben sich mit Fettmolekulen erfüllte Leberzellen, ferner im Umkreise der Gefässe bedeutende Kernwucherung, an welche ein kernreiches, grobbalkiges Maschenwerk sich anreihet, welches in seinen Lücken rundliche Kerne und Zellen birgt und allmählig in faseriges Bindegewebe übergeht, welches endlich molekulär zerfällt und verfettet.“

In ähnlicher Weise spricht sich BÄRENSPRUNG aus.

„Die Erkrankung beruht auf einer wuchernden Neubildung, die zu einer massenhaften Entwicklung von Kernen und kleinen Zellchen theils zwischen den Elementen des Leberparenchyms, theils in der Wand der Gallengänge führt; die Leberzellen werden dadurch auseinandergeschoben und gehen endlich vollends zu Grunde; die Wände der Gallengefässe werden stark hypertrophisch; die Gänge selbst und die Blutgefässe dadurch comprimirt. Namentlich in der Wandung der Gallengänge wandelt sich diese Neubildung in Bindegewebe um; in dem Parenchym der Leber gestaltet sie sich theils in der Form grösserer Knoten, theils miliarer Körner; die grösseren Knoten sind anfänglich gelblichgrau, später gelb, und scheinen grössere Neigung zu haben, sich in ein narbenartiges, festes Bindegewebe umzuwandeln, als eine eitrige Metamorphose oder einen molekulären Zerfall einzugehen. Die Analogie mit den Lebererkrankungen Erwachsener spricht dafür, dass dieser Prozess sich einer cirrhotischen Entartung der Leber anschliessen könne. Die in Form kleiner, miliarer Körner auftretende Neubildung führt dagegen zu einem molekularen Zerfall. Der Tod der Kinder tritt zu schnell ein, um eine weitere Metamorphose möglich zu machen.“

WAGNER schildert den Prozess dahin, dass das interacinöse Bindegewebe verbreitert, vermehrt und zwar einfach hypertrophisch, oder auch mit zahlreichen Zellen und Zellkernen durchsetzt wird. Diese gruppieren sich auch zuweilen in den Acinis im Verlaufe der Kapillaren. Die Leberzellen selbst können das normale Aussehen behalten, oder zeigen molekularen Zerfall in verschiedenen Entwicklungsstufen. Der Prozess in der Leber ist demnach ähnlich den Veränderungen, welche in der Haut und in an-

deren Organen durch Syphilis gesetzt werden, eine von der Adventitia, der im interacinösen Bindegewebe verlaufenden Gefässe ausgehende Zellwucherung, welche eine Umwandlung in Bindegewebe erleidet.

Die gewaltige fibro-plastische Ablagerung bewirkt natürlich auch eine Kompression der Gallengänge. Die Gallenblase enthält auch wirklich eine wenig helle Flüssigkeit, meist anstatt dieser ein spärliches, blassgelbliches oder farbloses, fadenziehendes Sekret, das reich an Schleim, sehr arm aber an Gallenstoff ist. Die weitere Folge der Bindegewebswucherung ist Ueberfüllung des Pfortadersystems, Kongestion und Anschwellung der Milz und Blutüberfüllung des Darmes.

SCHÜPPEL ¹⁾ beschreibt eine Entzündung um die grossen Gefässe der Leber hereditär syphilitischer Kinder, welche er Peripylephlebitis syph. recens neonatorum nennt. Er traf sie bei 30 Sektionen dreimal an. Immer war die Leber bedeutend vergrössert, dabei auch nicht mehr von der gewöhnlichen Konsistenz, sondern derber, dichter anzufühlen in Folge einer diffusen Infiltration der ganzen Leber mit lymphoiden Zellen. Ausserdem war das Organ von käsigen Knotenhäufchen von körnigem Pigment und Hämatoidinkrystallen durchsetzt, das Lumen der Pfortader des Hauptstammes, wie der Aeste derselben verringert. Die Wandung der Gefässe, welche allmählig ohne markante Grenze in die Leber übergingen, war verdickt und zeigte deutlich zwei konzentrische Schichten: eine innere graue, gelbliche, trockene opake, eine äussere blassgraue, saftreiche, durchscheinende. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich in den verdickten Stellen eine Anhäufung einer feinkörnigen, theilweise fettigen Masse atrophischer Zellen. In der durchscheinenden Partie fanden sich zerstreut, oder in einer undeutlich streifigen Grundsubstanz massenhaft eingelagert, nichtatrophische Zellen.

Im ersten der drei Fälle waren der Hauptstamm und die sekundären Nebenäste bis ungefähr in die Mitte zwischen Leberpforte und Leberrand, in dem zweiten noch kleinere Aeste und der ductus venosus Arantii und im dritten bloss die grossen Aeste des (linken) Pfortadersystems in der geschilderten Weise verändert, nie waren es jedoch die peripheren Verzweigungen desselben. Das Charakteristische bei allen drei Fällen war aber ausserdem noch, dass die Nabelvene, vom Nabelringe angefangen bis zu deren Einmündung in die Pfortader, vollkommen intakt war, was Beweis dafür ist, dass die Entzündung in der Gefässwandung der Pfortader nicht vom Nabel und den Nabelvenen ihren Ausgang genommen habe, sondern eine spezifisch syphilitische sei. Dieser makroskopische Befund und der unter dem Mikroskope, welcher eine ziemliche Kongruenz mit dem des Gumma in der Leber syphilitischer Erwachsener aufweist, erklärt mit Leichtigkeit die Entstehung einer sogenannten gelappten Leber, und

¹⁾ Archiv f. Heilkunde XI. 1.

zwar nach SCHÜPPEL durch die Rückbildung der an die Pfortaderverästelungen gebildeten gummösen Wucherungen.

Derselbe pathologische Vorgang, wie in der Leber und anderen inneren Organen, die interstitielle Bindegewebswucherung findet sich, wie BIRCH-HIRSCHFELD ¹⁾ nachgewiesen, als Ausdruck der ererbten Syphilis auch im P a n k r e a s.

OEDMANSSON und WEGNER glauben, dass die Kachexie der hereditär syphilitischen Kinder auf die Funktionsstörung der affizierten Bauchspeicheldrüse zurückzuführen sei. Das syphilitische Pankreas besteht oft neben der WEGNER'schen Epiphysenerkrankung und Milztumor. In 73 Fällen traf BIRCH-HIRSCHFELD die Knochenerkrankung 23mal, die Pankreasaffektion 13mal, und zwar bei 13 lebend Geborenen 11mal, bei 10 Todt- und Frühgeborenen 2mal, was ihn zur Annahme verleitet, dass das Pankreas erst in den letzten Schwangerschaftsmonaten von der Syphilis ergriffen werde.

Das syphilitische Pankreas ist bedeutend, zuweilen doppelt grösser, schwerer und fühlt sich derber an, als das gesunde. Die Durchschnittsfläche zeigt das weissglänzende Gewebe, fibrös entartet, das eigentliche Drüsenparenchym rarifizirt. Die Bindegewebshypertrophie ist in einem Falle mehr, im anderen weniger entwickelt. Unter dem Mikroskope zeigt sich das interstitielle Gewebe, und zwar sowohl zwischen den einzelnen Lobulis, als auch den Drüsenbläschen vermehrt, wodurch die Drüsensubstanz komprimirt wird und schliesslich untergeht. Die Gefässe, die im interstitiellen Bindegewebe verlaufen, sind auch zum Theil verschwunden, ihre Wände verdickt, die Kapillaren in den Acinis unkenntlich geworden.

Diese den höheren Graden der Pankreasinduration angehörigen Verhältnisse finden sich abgeschwächt und gemildert in Fällen, wo die Affektion nicht weit gediehen ist.

Die Entzündung des Peritoneum ist oft zu sehen, sowohl die rezente, als die schon vor Längerem abgelaufene. Bei Eröffnung der Bauchhöhle ergiesst sich mehr weniger reichliches Exsudat; auf verschiedenen Unterleibsorganen findet man adhärente, weisse, weissgelbliche Faserstoffauflagerungen; das Peritoneum selbst ist stellenweise verdickt durch Zellgewebsmembranen, welche sich leicht abziehen lassen. SIMPSON in Edinburg ²⁾ beobachtete tödtlich verlaufende Fälle von Peritonitis bei Kindern, deren Väter manifeste Syphilis hatten, und glaubt, dass sie auf die den ersteren überkommene Syphilis zurückzuführen sei. Dabei hält er es für wahrscheinlich, „dass ein grosser Theil der Kinder, welche von syphilitischen Müttern stammen und die während der letzten

¹⁾ Archiv f. Heilkunde. 1875. Hft. 2.

²⁾ Edinb. med. and surgic. Journal Nr. 137.

Schwangerschaftsmonaten absterben, durch Entzündung des Peritoneums zu Grunde gehen“.

GUBLER sah sie ungemein häufig bei Lebersyphilis und nimmt daher an, dass die Peritonitis nur durch die Hepatitis erzeugt werde. Ich selbst fand oft genug zirkumskripte Peritonitis um ein Darmstück, welches gummös erkrankt, oder in welchem die PEYER'schen Plaques ergriffen waren.

BÄRENSPRUNG ¹⁾ fand in einzelnen Fällen fibrinöse Auflagerungen auf dem Peritonealüberzug der Leber; feste ligamentöse Adhäsionen zwischen Leber, Milz, Darmschlingen und Bauchwand. Die Peritonealüberkleidung der Mesenterialdrüsen und des Darmkanales pflegt zuweilen durch eine hypertrophische Gewebsmasse verdickt zu sein, in welcher zahlreiche miliare Körnchen eingelagert sind, welche durch den Zerfall neugebildeter Zellen entstanden.

Auch im Darm e äussert sich die ererbte Syphilis durch Syphilom- und Bindegewebsneubildung. Das Gumma, das gummöse Geschwür kann sich in allen Theilen des Darmrohres etabliren und bedeutende Dimensionen erreichen.

Von den bekannteren Fällen will ich Ihnen nur den von Schott mittheilen. ²⁾

„Am Krummdarme, ziemlich entfernt von der Coekalklappe zeigte sich nur eine ungefähr bohngrosse Stelle des Bauchfells in einen weisslichgelben Schorf verwandelt, welcher unregelmässig zackig in die hämorrhagische und kroupös belegte Umgebung übergang. Dieser Stelle entspricht innen „eine, der Querachse des Darmes parallel gelagerte, ovale, die ganze Darmwand einnehmende, über die Schleimhautoberfläche hervorragende, derbe, in das submuköse Bindegewebe infiltrirte, speckige Masse, über welcher die Schleimhaut an den Rändern straff gespannt, in der Mitte jedoch zerfallen ist, mit Herstellung eines unregelmässigen, länglichen, kleinen Substanzverlustes, aus dessen Basis sowohl, wie durch mehrere kleinere Lücken, welche der Schleimhaut ein siebförmiges, durchbrochenes Ansehen geben, beim Drucke eine gelbliche, dickliche, eiterähnliche Flüssigkeit sich entleert; in der Umgebung dieser Stelle, die ein ganz ähnliches Ansehen, wie ein typhös infiltrirter Darm darbot, war die Schleimhaut stark injiziert. Die mikroskopische Untersuchung des trüben, eiterähnlichen Saftes ergibt vorzüglich Kerne, zumeist in molekulärem Zerfall; ein durch die speckige Masse behufs der mikroskopischen Untersuchung mit dem Doppelmesser geführter Schnitt zeigt stellenweise derbe, sich durchkreuzende Bindegewebszüge, stellenweise Kerne und molekulären Zerfall. Ausser dieser einen veränderten Partie im ganzen Darmtrakte nichts Abnormes.“

¹⁾ l. c. p. 190.

²⁾ Arch. f. path. Anatom. Bd. 43.

Unter dem Namen Enteritis syphilitica wurde von vielen Seiten eine Veränderung im Darne beschrieben, bei welcher in Folge von Entzündung das Bindegewebe in allen Schichten massenhaft wuchert, wobei die Schleimhaut ihren Charakter ganz einbüsst, die PEYER'schen Plaques zu Grunde gehen. In einem Falle von ROTH¹⁾ befanden sich neben Geschwüren, weite Indurationen, Narbenbildung in der Mukosa und der Submucosa, in welche die PEYER'schen Plaques mit ergriffen sich befanden und unter dem Mikroskope sich folgendergestalt verhielten. Ueber der ganzen Partie fehlen die Zotten. Die oberflächliche Schleimhautschichte hat adenoiden Charakter; die Schleimdrüsen fehlen ganz. Mucosa und Submucosa sind von einander nicht zu trennen, sind in ein dichtes, hartes, mattglänzendes Maschenwerk, das aus sklerosirten Bindegewebsbündeln besteht, untergegangen. In dem Flechtwerke sind Follikel, oder diesen ähnliche Gebilde eingebettet. Die Affektion ist demnach als interstitielle Induration mit Verödung der Lymphfollikel anzusehen, welcher vielleicht oberflächliche Erosionsbildung vorausgegangen ist, was aus dem Mangel der Zotten geschlossen werden konnte.

FOERSTER²⁾ hat in einem ähnlichen Falle den Zustand als fibroide Degeneration der PEYER'schen Drüsen geschildert. Alle PEYER'schen Plaques waren ihrer Zotten beraubt, derb, grauröthlich, in der Mitte das Niveau der Darmschleimhaut überragend und mit einem dünnen Schorfe belegt. Unter dem Mikroskope präsentirte sich das oben beschriebene bindegewebartige Netzwerk, welches in der Tiefe bis in die Muskelschichte reichte, oberflächlich zahllose Zellen und Zellkerne führte, innen diese im feinkernigen Zerfall zeigte.

OSER³⁾ berichtet über einen Fall von Darmsyphilis bei einem hereditär syphilitischen Kinde, das mit Pemphigus syphiliticus am ganzen Körper bedeckt, am 10. Tage post partum starb. Die Sektion ergab zahlreiche, erbsen- bis haselnussgrosse Knoten in der Lunge, welche am Durchschnitte eine periphere grau-gelbröthliche, sukkulente, bindegewebartige Masse, im Centrum dagegen eine trockene, hellgelbe, morsche Masse einschlossen. „Ueber einzelnen Stellen des Jejunum und Ileum das Peritoneum entweder von einer dünnen grauröthlichen Pseudomembran überzogen, oder durch dichtere Bindegewebsstränge die Darmwandungen mit einander fest verwachsen.

Entsprechend diesen, aber auch an anderen zahlreichen Stellen im Ileum, immer den PEYER'schen Plaques entsprechend, sämtliche Wandungen des Darmes ringförmig selbst bis auf das Doppelte verdickt, derb anzufühlen, in der Ausdehnung von etwa 3—5 Linien. An diesen Stellen

¹⁾ Jahresbuch für Kinderhkl. Wien 1861.

²⁾ Würzb. med. Zeitschft. Bd. 4.

³⁾ Arch. f. Dermat. und Syph. 3. Jahrg. Prag 1871.

die Darmhöhle verengt, während die angrenzenden normalen Stellen ausgedehnt erscheinen, so dass der Darm ein varicöses Aussehen bekommt.

Die PEYER'schen Plaques, sowie die Solitärfollikel innerhalb der verdickten Stellen erkennt man an stecknadelkopfgrossen runden Vertiefungen, welche die bekannte Anordnung der Solitärfollikel in den PEYER'schen Plaques zeigen. An einzelnen solch' ringförmigen Verdickungen, und dann auch den solitären Follikeln entsprechend, sieht man seichte, speckig glänzende Substanzverluste, welche mehr scharf umrandet sind. Die Schleimhaut hat an der Stelle der Verdickung ihr sammtartiges Aussehen verloren, ist glatt und glänzend.“

Der mikroskopische Befund stimmt mit den citirten der vorigen Fälle überein.

„Alle Schichten des Darmes, insbesondere die submuköse ist von einem Zellinfiltrat durchsetzt, das auch an einzelnen Stellen die Muskelbündel auseinander wirft. Daneben sieht man neugebildete Bindegewebszüge, insbesondere in der Umgebung der Gefässe, deren Wandungen stark verdickt erschienen. Von solitären Follikeln und Plaques ist nichts nachweisbar. An den Stellen, wo ein centraler Substanzverlust bemerkbar ist, fehlen die Zotten, die erst am Rande der peripheren Induration auftreten und allmählig grösser werden. Im verdickten Peritoneum sieht man Zellhaufen, die von einer scharfen Contour umgeben sind und wieder als Durchschnitte von erweiterten Lymphgefässen angesprochen werden dürften.“

Einen jedenfalls markanten Fall von Darmsyphilis hatte auch ich zu beobachten Gelegenheit. Ich referirte darüber in der k. k. Gesellschaft der Aerzte, wo ich auch das diesbezügliche Präparat demonstirte, und will Ihnen seine Beschreibung in extenso geben, wie auch OSER in seinem Aufsatz: „Drei Fälle von Enteritis syphilitica“ in dem eben erwähnten Archive dieselbe mittheilt.

Ein Knabe von einer Mutter, an welcher Syphilis nicht nachweisbar, geboren am 11. Oktober, starb, an der Hohlhand und an den Fusssohlen mit Schuppen bedeckt, 18 Tage alt.

Sektionsbefund: Der Körper schwach gebaut und mager, die allgemeine Decke leicht ikterisch gefärbt, an der Hohlhand und der Fusssohle zahlreiche, mit vertrockneter Epidermis bedeckte, etwa linsengrosse, zum Theile konfluirende Stellen. Beide Fontanellen offen und stark eingesunken. Die Pupillen gleichweit, die Iris blau, der Hals dünn, Brustkorb eingesunken, Unterleib gespannt. Das Schädeldach schwammig, die harte Hirnhaut gespannt, im oberen Sichelblutleiter wenig flüssiges Blut. Die inneren Hirnhäute serös infiltrirt, das Gehirn weich, zerfliessend, mässig mit Blut versehen. Die Schilddrüse ziemlich gross, derb, Thymus von gewöhnlicher Grösse, in ihrer Mitte zu einer rahmähnlichen Masse erweicht. In der Luftröhre wenig Schleim. Beide Lungen frei, in ihren Oberlappen

lufthaltig, hellroth, in den hinteren Antheilen luftleer, blutreich, dunkelbraun, roth, eingefallen. In den Bronchien der Unterlappen reichlicher eiterähnlicher Schleim. Im Herzbeutel einige Tropfen Serum, das Herz mässig kontrahirt, sein Fleisch blassbraun. In den Herzhöhlen wenig flüssiges Blut, das Foramen ovale und der Ductus Botalli verschlossen. Die Leber an ihrer Oberfläche in mehrere, von seichten Furchen begrenzte Lappen getheilt, über den Furchen das Peritoneum verdickt und getrübt. Die Lebersubstanz verhältnissmässig derb, braun, blutarm, von weissen, derben, längs der grösseren Gefässe verlaufenden Schwielen durchsetzt. In der Gallenblase hellgelbe Galle. Die Milz entsprechend gross, weich, braunroth. Der Magen und Gedärme von Gasen mässig ausgedehnt. An der kleinen Magenkurvatur drei, und an der hinteren Wand nahe dem Pylorus in der Schleimhaut ein flacher, linsengrosser, weissgelblicher, derber, genau umschriebener Knoten, welcher mit der Muscularis straffer verbunden ist, durch seine Blässe sich von der ziemlich blutreichen Schleimhaut unterscheidet. An der Magenschleimhaut haftet zäher Schleim; in der Höhle geronnene Milch. Zwei ebenso aussehende Knoten finden sich an der hinteren Wand des Duodenum. Im Jejunum werden diese elliptisch, mit der längeren Axe die Längsaxe des Darmes kreuzend, nehmen gegen das Ileum sowohl an Zahl als an Breite zu, umgreifen den Darm ringförmig und entsprechen meist den PEYER'schen Plaques, deren Contouren gegen die derbe Infiltration genauer begrenzt sind, und in denen man kleine Grübchen, entsprechend den Solitär-follikeln erkennen kann. Die Oberfläche dieser indurirten Stellen von mit freiem Auge sichtbaren Zotten besetzt. Das Coecum bildet sammt dem oberen Dritttheil des Wurmfortsatzes einen starren Trichter, an dem die Schleimhaut bis aufs Doppelte verdickt und weiss ist.

Von da ab findet man nur im Colon ascendens einige sehr flache und diffuse, ähnlich beschaffene Stellen. Die Mesenteriallymphdrüsen etwas vergrössert und derber. Nieren, Nebennieren, Pankreas und Genitalien normal.

Mikroskopischer Befund. Die Zotten in der Mitte der Verhärtung bis auf das Doppelte verlängert und verdickt. In allen Schichten, besonders in der Submucosa, Zellinfiltration mit unverkennbar starker Bindegewebsneubildung einhergehend. Die Gefässwände enorm verdickt, so dass sie in keinem Verhältnisse zum Lumen derselben stehen. In der Muscularis sieht man nicht selten Muskelbündel wie auseinandergeworfen. Das Peritoneum ist verdickt, und man sieht in demselben rundliche Zellen, reichliches Bindegewebe und die Lymphgefässe erweitert.

In diesem Falle kann es sich in der That nur um syphilitische

Veränderungen handeln, wenn auch das Kind am Leben nur allein die Plaques an der Haut der Hohlhand und der Fusssohle als Symptom der angeerbten Lues zeigte. Die Diagnose wird aber durch die Autopsie bekräftigt und erhärtet. Die Leber zeigt eine Eigenthümlichkeit, die nur durch Syphilis gesetzt werden könnte. Die Knoten im Magen, im Pylorus, im Darne können als nichts anderes als syphilitische aufgefasst werden. Die übrigen pathologischen Veränderungen harmoniren ganz und gar mit jenen, welche von anderen Autoren am Darne unzweifelhaft syphilitischer Kinder gefunden worden sind.

Die Darmerkrankung als etwas anderes, als Syphilis auszulegen, geht nicht gut an, da Tuberkulose, Typhus, Leukämie, auf welche man sie zurückzuführen geneigt sein möchte, am Neugeborenen bestimmt nicht nachgewiesen worden sind.

Von den Lymphdrüsen sind es vorzugsweise die Drüsen des Mesenterium, die Darmdrüsen, welche durch die Syphilis verändert werden. Die Mesenterialdrüsen sind zuweilen im hohen Masse markig geschwellt, werden aber erbsengross, und zeigt ihr Parenchym am Durchschnitte eine blassrothe Farbe.

Die durch die hereditäre Syphilis hervorgebrachte und dieser ausschliesslich eigenthümliche Knochenkrankung ist der pathologische Prozess an der Knochenknorpelgrenze der langen Knochen und der Rippen, dessen Erscheinungen am Lebenden im Kapitel der Symptomatologie beschrieben wurde.

Dieser ist an den genannten Stellen so überaus häufig, fast so konstant, dass er für sich allein ein vollkräftiger Beweis für die ererbte Syphilis des Individuums ist. Er entwickelt sich schon im Fötalleben; ob er auch erst nach der Geburt an gesunden Knochen sich einstellt, ist bis nun nicht mit Sicherheit zu sagen. Das Eine kann man jedoch unbedingt für sicher annehmen, dass er bei gesundem oder nicht syphilitischem Fötus nie gesehen wird, mit einer etwaigen Quecksilberbehandlung der Syphilis der Eltern in gar keiner Relation steht, da er auch an Kindern entsteht, deren Eltern eine solche nicht durchgemacht, dass er an den Ossifikationsgrenzen der langen Knochen und der Rippen der Kinder, welche die Syphilis durch die Amme, die Vaccine oder anderwärtig acquirirten, nicht zu finden, und dass er demnach ein wichtiger, wenn nicht der beste Behelf ist, erworbene kindliche Lues von hereditärer zu unterscheiden.

Der Knochen, an welchem die Epiphysenerkrankung besteht, erscheint nach Abnahme der stellenweise stark anhaftenden Beinhaut an dem leidenden Gelenksende geschwellt, verdickt, missfarbig, erweicht und entleert schon auf mässigen Druck blutige Flüssigkeit. Durch Auflagerung von poröser Knochenmasse erhält die Diaphyse ein unebenes, runzliges Aussehen. Diese Knochenauflagerungen nehmen an den Knochen immer bestimmte

Orte ein, so z. B. am Humerus die zwei unteren Dritttheile der Diaphyse, an der Tibia die innere Fläche.

Die Knorpelmasse kann um das Zweifache die normale Schichte überragen und greift in die spongiöse Schichte über. In der Folge wandelt sich das vergrößerte knorpelige Stratum, in welchem zwar reichliche Kalkablagerung sich vollzog, das aber langsam oder gar nicht ossifiziert, in eine schwammige, gallertartige, weiche Masse um, die reichlich gelblichen Eiter enthält. Unter dieser Umwandlung geht die Knorpel-Knochenmasse gänzlich unter. In dieser entstehen Kavitäten, die mit Eiter gefüllt sind, in welchem kleine Kalkfragmente suspendiert sind. Das Knochenmark wird eine helle, transparente, erdbeerrothe, maisgelbe, gelatinöse Substanz. Die Ulzeration im Knochen führt zur Ablösung der Epiphyse von der Diaphyse und zur konsekutiven Entzündung im Gelenke.

Dieser Vorgang der Trennung in der Kontinuität im Knochen ist des Oefteren beobachtet und beschrieben worden, so schon von VALLEIX (1834), BARGIONE (1864), RANVIER (1864), GUENIOT (1869).

In der Regel beschränkt sich der Knochenprozess nicht auf ein einziges Knochenende, ist vielmehr gewöhnlich ein multipler. Er tritt nicht aller Orts gleichzeitig und gleich oft auf, kann demnach an ein und demselben Individuum in mehreren Entwicklungsstadien gesehen werden. Man kann, was seine Häufigkeit, mit der er die einzelnen Gelenksenden befällt, anlangt, folgende Skala aufstellen. Mit einer gewissen Vorliebe tritt die Affektion am unteren Gelenksende des Oberschenkels und am unteren Gelenksende des Unterschenkels und Vorderarmknochens auf. In der Stufe abwärtsstehen dann der Reihe nach die obere Epiphyse des Schienbeines, des Femur und des Wadenbeines; alsdann die obere Epiphyse des Oberarmes, des Radius und der Ulna. Zuletzt steht das untere Epiphysenende des Humerus.

Die mikroskopischen Details des Prozesses, welche erst die Differenzialdiagnose von anderen ähnlichen, nicht syphilitischen Knochenleiden ermöglicht, wurden erst in neuester Zeit von WEGENER¹⁾ gegeben. Er konnte mikroskopisch drei Stadien dieser wichtigen Veränderung unterscheiden.

Das erste Stadium charakterisirt sich durch eine starke Proliferation der Knorpelzellen; die untersten Lagen, „die sich richtenden Reihen“ der Knorpelzellen, sind höher, die einzelnen Zellen näher an einander gelagert. Der Uebergang der inkrustirten Knorpelzellen in die Knochenzellen ist retardirt. Die Knorpelwucherung ist schon für unbewaffnete Augen durch einen 2—3 Mm. breiten, glänzenden, schwach röthlichen, weichen, geraden oder krummlinigen Gürtel zwischen Knorpel und der wahren spongiösen angedeutet, während im gesunden Knochen man an dieser Stelle nur bei grosser Aufmerksamkeit eine etwas heller als die Umgebung gefärbte dünne Linie wahrnimmt.

¹⁾ Virchow's Arch. Bd. 50.

Im zweiten Stadium ist die wuchernde Knorpelschicht bis auf 4 Millimeter angewachsen. In diesem findet auch im Epiphysenknorpel eine namhafte Wucherung der Knorpelzellen statt; während die Inter-cellularsubstanz und die Knorpelzellen, an der oberen, gegen den Gelenksknorpel hin gerichteten Knorpelmasse verknöchert, sklerosirt bleiben. Die Knorpelzellen, die gegen die spongiöse Knochensubstanz gerichtet sind, gehen nur im verschwindenden Maasse in Knochengewebe über.

Im dritten Stadium erfährt die vorhandene gewucherte Knorpelmasse und die im zweiten Stadium eingetretene Kalkinfiltration derselben eine bedeutende Zunahme. Zugleich sind auch schon in der, in Verkalkung persistirenden Knorpelschichte Zellen zu treffen, welche in rückschreitender Metamorphose sich befinden, eine Verkäsung erleiden. In der weichen Knorpelschichte ist es zur Bildung von Granulationsgewebe oder von Eiterzellen gekommen, welche in einer schleimigen Zwischensubstanz eingelagert sind, sowie das Markgewebe im spongiösen Theile des Knochens in ein Granulationsgewebe übergegangen ist, wodurch es grauröthlich verfärbt erscheint.

Es haben sich bereits an den erkrankten Gelenksenden der langen Knochen oder der Rippen Auftreibungen, Verdickungen gebildet.

An der Uebergangsstelle der spongiösen Schichte der Diaphyse gegen den Knorpel der Epiphyse findet man bläulichen hyalinen Knorpel; nach diesem ein gegen 4 Mm. breites, zackig begrenztes, graugelbes, mörtelartiges Stratum, darauf ein zweites, auch nach oben unregelmässig begrenztes weiches, eiterartig verfärbtes, welches ohne ausgesprochene scharfe Markirung in die spongiöse Knochenpartie übergeht.

Die letzte Schichte, die in Suppuration befindliche Knorpelschichte, ist die Ursache der Verschiebung der Diaphyse gegen die Epiphyse und der schliesslichen Loslösung beider von einander. Solange die verdickte Knochenhaut nicht eingerissen, ist ein lockeres Zusammenhalten beider Theile noch möglich; ist dieses lose Bindemittel auch nicht mehr vorhanden, so wird die Pseudofraktur eine komplette.

WEGENER fasst den angeführten Knochenprozess als einen irritativen auf, als eine Osteochondritis, welche an den Ossifikationsgrenzen seinen ihm eigenthümlichen Sitz hat, und deren Ursache eine innere, im syphilitischen Blute gelegene ist.

BIRCH-HIRSCHFELD fand die Angaben WEGENER's bestätigt, und zwar bei 108 Neugeborenen, resp. am Ende der Schwangerschaft todtgeborenen Kindern 35 Mal, und in grösserer Mehrheit todtfauler Frühgeburten.

LEWIN ¹⁾ hält die WEGENER'sche Knochenkrankung nicht für eine entzündliche, sondern für eine gummöse, und stellt sie mit Granulationsgeschwülsten VIRCHOW's in eine Kategorie. Die Konstatirung dieser

¹⁾ Virchow's Arch. 1876.

Krankheit allein genügt ihm ebenfalls vollkommen, um die Diagnose der hereditären Syphilis sicherzustellen.

Nach WEGENER haben WALDEYER in Strassburg und KÖBNER in Breslau in 12 Fällen dessen Beobachtungen bestätigt und sind zu dem Schlusse gekommen, dass die hereditär-syphilitischen Veränderungen der Epiphysengrenzen konstant und ohne Ausnahmefall vorkommen, und wenn dieselben auch scheinbar makroskopisch fehlen, sie doch mikroskopisch mit grösster Sicherheit nachgewiesen werden können.

Als besonders charakteristisches Merkmal wird von WALDEYER und KÖBNER angegeben, dass jene grossen polymorphen Zellen, die zum Verknöcherungsprozesse in so inniger Beziehung stehen und die am normalen Knochen in fast kontinuierlicher, epithelähnlicher Lage vorkommen, die von GEGENBAUER und WALDEYER beschriebenen Osteoblasten bei an hereditärer Syphilis erkrankten Kindern in höchst mangelhafter Ausbildung und nur ganz vereinzelt sich vorfinden. Man beobachtet an der Stelle dieser Osteoblasten kleine Granulationszellen oder längere spindelförmige Elemente, weshalb auch diese Erkrankung von WALDEYER und KÖBNER als syphilitische Granulationsbildung bezeichnet wird.

Diese so konstant gemachten Wahrnehmungen bieten einen grossen Werth für die absolute Diagnose bei mazerirten Früchten, wenn alle anderen Erscheinungen einer syphilitischen Erkrankung mangeln, sie gewähren uns Anhaltspunkte für die Aetiologie des Abortus, bevor es noch zur Wiederholung desselben kommt, ferner gewinnt man aus diesem Befunde für die richtige Schätzung mancher dunkler Krankheitserscheinung der Väter einen sichern therapeutischen Anhaltspunkt.

KÖBNER verwerthete die gemachte Erfahrung auch zur relativen Diagnose von hereditärer Syphilis gegenüber der acquirirten, indem er bei einem an Syphilis ex vaccinatione verstorbenen Kinde an den Ossifikationsgrenzen der Rippen und Röhrenknochen, entsprechend dem makroskopischen, normalen Bilde, auch ganz normales Markgewebe mit zahlreichen vollentwickelten Osteoblasten vorfand.

Auch für den Gerichtsarzt sind diese konstatirten charakteristischen Merkmale von hoher und massgebender Bedeutung, um den Nachweis liefern zu können, ob in letal verlaufenden Fällen die Syphilis angeboren sei, oder die Erkrankung durch irgend welche Infektion seitens der Amme, der Wartpersonen u. s. w. auf das Kind etwa übertragen worden.

Was meine eigenen Erfahrungen betrifft, so habe ich Erkrankungen der Knochen in 5 Fällen wahrgenommen; sie bestanden in einer entzündlichen Auftreibung der Gelenksenden, in einer erweichten Beschaffenheit und leichten Fragilität der Knochen, so dass es zu wirklichen Knochenbrüchen kam, und in zwei Fällen war es bereits im intrauterinalen Leben zu Caries und Nekrose des Oberarmbeines mit Abtrennung der Epiphyse gekommen.

I. Fall. Joh. B., geb. am 28. Dez. 1864, erkrankte 4 Wochen alt; Paralyse beider Arme, am rechten Ellbogen eine ziemlich grosse Geschwulst, von einer Auftreibung der diesbezüglichen Knochenenden herührend, kleine Bläschen an den Extremitäten, dunkel pigmentirte Flecke an den Lippen, an der Stirne, um den Mund, und am Kopfe erhabene, rissige, mehr weniger ausgebreitete, dunkelrothe Flecke, ebenso waren die unteren Extremitäten, verschiedene Stellen des Stammes und namentlich die Schultern mit solchen Flecken bedeckt. An der rechten Ohrmuschel entwickelte sich ein Abszess, zahlreiche Furunkel und Abszesse entstanden am Stamme und über dem Kreuzbeine, aus welchen sich eine missfarbige Jauche entleerte. Anämie, Verfall der Kräfte, intensiv ikterische Hautfärbung, Schüttelfrost, Tod an Pyämie am 8. April 1865. Bei der Sektion zeigte sich ein eitriger Beschlag an der Oberfläche des Gehirnes, das Gehirn weich und anämisch, das Herz gross, erweitert, die Herzmuskulatur blass, brüchig, die Leber sehr gross, exquisite Fettleber, die Milz ungemein vergrössert, derb. Das rechte Ellbogengelenk geschwollen, mit bedeutender Periostitis der Gelenksknochen. Die Mutter des Kindes war gesund, auch der Vater angeblich gesund, das erste Kind starb jedoch 10 Tage alt, und das zweite im Alter von 3 Tagen.

II. Fall. Heinrich St., geboren am 2. Juni 1865, Frühgeburt. Die unteren Extremitäten stark sklerosirt, Pemphigus an Handtellern und Fusssohlen, am linken Oberschenkel eine Biegung der Achse im hohen Grade vorhanden, deutliche Krepitation, die Bruchenden verschoben und genau durchzufühlen. Die Mutter an Syphilis krank; das Kind starb nach 5 Tagen. Die Sektion ergab: Fraktur des linken Oberschenkels im oberen Drittel von aussen und oben nach innen und unten, die Knochen weich und fragil, sämtliche inneren Organe mit Blut überfüllt, matsch, wie zerfliessend.

III. Fall. Joh. Sch., geb. am 18. Oktober 1865. Der Gesundheitszustand der Mutter unbekannt. Frühgeburt. Paralysis des linken Armes, makulöses Syphilid zerstreut über die ganze Körperoberfläche, besonders an den Fersen, dem Fuss- und Handrücken. Die linke Schultergegend stark angeschwollen, beim Abziehen des linken Oberarmes deutliche Krepitation. Das Kind starb am 1. November. Bei der Sektion zeigte sich die linke Schultergegend stark angeschwollen, nach Abtragung der Haut und der Muskulatur ergiesst sich beim Längsschnitte durch den Deltoideus dickflüssige braunrothe Jauche. Bei Eröffnung der Gelenkkapsel waren die Gelenkflächen normal, jedoch der Gelenkkopf des Humerus angeschwollen. Die Epiphyse abgelöst, der Knochen kariös und nekrotisch, der ganze Oberarmknochen sehr weich.

IV. Fall. Josefa T., geb. am 28. Jänner 1866. Der Gesundheitszustand der Mutter unbekannt. Paralyse des rechten oberen und beider unteren Extremitäten, makulöses Syphilid zerstreut am Stamme, an den Schenkeln, Handtellern und Fusssohlen. Knapp über dem Hand-

gelenke des rechten Vorderarmes Bruch beider Vorderarme. Im Verlaufe trat Gangrän der grossen Labien ein, und das Kind starb am 20. Februar. Bei der Sektion fand sich Querbruch beider Vorderarme, die Knochen weich, fragil. Das Gehirn weich und anämisch. Die Leber gross, die Milz vergrössert und derb.

V. Fall. Karl N., geb. am 20. Dezember 1866. Die Mutter an Syphilis krank. Das Kind schwach, frühreif, makulöses Syphilid über die ganze Körperoberfläche, besonders an den Händen und Füßen verbreitet. Indem Paralyse der Extremitäten bei syphilitischen Kindern nicht selten beobachtet werden, wurde anfangs das schlaffe Herunterhängen der Arme für einen ähnlichen Zustand gehalten, doch konnte man beim Abziehen des linken Oberarmes vom Stamme deutliche Krepitation wahrnehmen. Dieselbe war jedoch nicht immer bei den passiven Bewegungen des Oberarmes zu beobachten, sondern verschwand zuweilen gänzlich. Die linke Schultergegend war leicht angeschwollen, gleichzeitig war daselbst eine abnorme Beweglichkeit des Oberarmes nachzuweisen, und man glaubte einen Bruch des Oberarmkopfes diagnostizieren zu können. Es traten Konvulsionen ein, und das Kind starb 8 Tage alt an Anämie. Die Sektion erklärte den räthselhaften Umstand, dass die Krepitation zuweilen deutlich wahrgenommen wurde, zuweilen gar nicht beobachtet werden konnte. Bei Eröffnung der Gelenkscapsel zeigte sich der Gelenkkopf des Oberarmes stark angeschwollen, zwischen dem knorpeligen Theile der Epiphyse und dem Epiphysenende des Knochens dickflüssige, schmutziggelbe Jauche, das Knochenende wie auch die obere Hälfte des Humerus sind rau und zeigen einen Verlust der Kortikalsubstanz, und aus der entblösten Epiploë ergiesst sich Jauche. Der ganze Knochen ist erweicht und leicht zu schneiden. Durch die Ablösung der Epiphyse und Arrodierung der einander gegenüberliegenden Flächen des Epiphysenknorpels und des Oberarmknochens kam es zur früher erwähnten Krepitation, welche jedoch nicht wahrgenommen werden konnte, wenn sich zwischen die beiden Flächen eine grössere Menge der jauchigen Flüssigkeit eingeschoben hatte. Das Gehirn anämisch; am hinteren Rande der linken Hemisphäre des kleinen Gehirnes findet sich unter der Pia mater ein bohnergrosser Eiterherd. Die Lunge in ihren unteren Lappen theilweise atelektatisch. Die Leber sehr gross, gelbbraun, wenig blutreich; die Milz vergrössert, derb und blutarm. Die Magen- und Darmschleimhaut sehr blass.

Prognose.

Die erworbene Syphilis, mit welch heftigen Prodromen sie sich auch ankündigt, mit welch ungestümer Heftigkeit sie auch das Terrain okkupirt, birgt dadurch nie unmittelbar drohende Gefahr für das Leben. Diese erscheint erst (in den seltenen Fällen) wenn die sekundären und tertiären

Formen in der Gestalt von konstringirenden, das Lumen obturirenden Narben nach tiefgreifenden Geschwüren im Larynx oder Pharynx, wenn Caries, Nekrose, Exostosen der Schädelknochen auftreten, wenn die Syphilis später konstitutionell geworden dem Organismus den Siegel der Kachexie aufdrückt, lebenswichtige, innere Organe angegriffen hat. Diese Kachexie, die Dyskrasie, welche die erworbene Lues erst nach langem Wühlen und Unterminiren hervorgerufen, wird vom hereditär syphilitischen Neugeborenen schon mit auf die Welt gebracht und sie ist es auch, welche ihn sodann tödtet. Darin ist auch der wesentliche Unterschied zwischen ererbter und erworbener Syphilis gelegen. Beide, obzwar in ihren Einzelheiten ähnlich, sind nicht mit einander identisch; deshalb ist auch die Prognose bei der ersten eine andere, als bei der letzteren. Die acquirirte Syphilis — das gilt auch von der Syphilis, die das Kind z. B. im Säuglingsalter erwirbt — braucht einen längeren Zeitraum, um die Säftemischung so weit zu verderben, dass dadurch der ungestörte Fortgang der lebenswichtigen Funktionen in Frage gestellt würde, um das Individuum dyskrasisch zu machen. Eine geraume Dauer beschränkt sich die Lues auf Erkrankungen der äusseren Haut und der Schleimhäute. Der durch äussere Anregung vermehrte Stoffwechsel, gute Ernährung, zweckmässiges hygienisches Verhalten, die inzwischen in ihre Rechte getretene Therapie tragen mächtig dazu bei, dass die Virodität des Kontagiums herabgemindert, der Ansteckungsstoff, die *materia peccans*, wieder aus dem Körper eliminirt werde. Anders verhält es sich mit der erbten Syphilis. Die fertige Dyskrasie durchdrängt den jungen Keim schon so zu sagen ab ovo. Der väterliche Same, das mütterliche Ei, die mütterliche Säftemasse übermitteln dem Fötus eine Krankheit, die ihn sofort in allen seinen Grundelementen erfasst und ihn auch innerhalb des Uterinallebens nicht mehr verlassen kann, da alle günstigen Bedingungen dazu vollends fehlen. Sie kann in utero eine Entwicklung erlangen, eine Bösartigkeit erreichen, zu welcher sich die im Leben acquirirte innerhalb der gleichen Spanne Zeit nie steigert. Kommt der syphilitische Fötus zur Welt, so bricht auch seine Syphilis, wenn dies nicht bereits im Fötalleben geschehen ist, an allen Geweben, allen Organen, allen Körpertheilen zugleich mit ungezügelter Stärke hervor.

Der Gradmesser für die Heftigkeit der hereditären Syphilis ist die Zeit ihrer Manifestation. Demgemäss ist auch die Prognose zu stellen. Manifestirt sich die Syphilis mit der Geburt, in den ersten Lebenstagen, so tödtet sie unfehlbar, unvermeidlich. Je später post partum sie erscheint, je länger sie latent geblieben, je kräftiger, widerstandsfähiger das Kind indessen geworden (bis zur 4. und 5. Woche), desto weniger ist das Leben des Kindes bedroht. Der Ausbruch zu Ende des zweiten, im dritten (was selten im vierten) Lebensmonate lässt die Möglichkeit, selbst die Wahrscheinlichkeit einer Heilung zu. In diesen Epochen können die schwachen Symptome, mit welchen die Syphilis auftritt (Papeln am After und an

den Geschlechtstheilen), spontan sich rückbilden; dabei leidet die Ernährung des Kindes meist nicht viel, so dass es trotz seiner Krankheit einigermaßen gedeiht.

Der Tod des hereditär syphilitischen Kindes erfolgt durch die Dyskrasie, durch die Nutritionsstörung in Folge derselben, durch die Erschöpfung der Kräfte, die aus ihr resultirt, durch die pathologischen Veränderungen, die sie in die inneren Organe absetzen; durch die schweren, auf die Syphilis zurückzuführenden Darmkatarrhe, die zuweilen die unscheinbarsten Hautsymptome begleiten; durch die ebenso häufigen Lungenaffektionen, besonders die lobäre Hepatisation.

Ein überaus übles Prognosticum geben die Schleimhautaffektionen; die Affektionen am Munde, im Rachen, im Kehlkopf, in der Nase. Durch sie ist die Ernährung, die Aufnahme der Nahrungsstoffe, wie schon auseinandergesetzt, erschwert, unmöglich geworden.

Die beim Erwachsenen so oft rezidivirenden Schleimhautaffekte, die von ihm meist ohne besonderen Nachtheil ertragen werden, nehmen beim Kinde rasch den bedenklichsten Charakter an, wie denn überhaupt die rapide Entwicklung der Symptome die hereditäre Syphilis auszeichnet und auch so deletär macht.

Wurde der Anprall der Krankheit glücklich überwunden, so können wohl Rückfälle innerhalb der ersten Lebensmonate, und noch in den ersten Lebensjahren sich noch vielfach wiederholen, das Kind kann aber auch von ihnen verschont bleiben und leidet nur insofern noch weiter von der in ihm allmähig ersterbenden Dyskrasie, dass es schwächlich und in seiner körperlichen Ausbildung hinter Altersgenossen manchmal bedeutend, immer gewiss merklich zurückbleibt.

Ich habe schon darauf aufmerksam gemacht, dass die HUTCHINSON'sche Difformität sich zur Zeit der zweiten Dentition entwickeln, die Missbildung der Schädelknochen, die spezifische Hornhautentzündung im Kindesalter auf der wieder aufblühenden hereditären Syphilis beruhen könne, und gesagt, dass zur Zeit der Pubertät und später tertiäre Affektionen der Knochen, Caries und Nekrose des harten Gaumens u. a. Theile des Skeletes, die so oft für das erste Erwachen der hereditären Syphilis gehalten werden, Ausläufer, Spät-Rezidivformen derselben sind.

Die Frage, inwiefern Skrophulose und Rhachitis mit der ererbten Syphilis und der Vererbung der Syphilis in Zusammenhang stehen, lässt sich dahin beantworten, dass es heute sicher ist, dass syphilitische Eltern wohl Syphilis, nie aber genannte Krankheiten vererben. RICORD lehrte, dass die tertiäre Syphilis der Eltern sich auf die Kinder als Skrophulose und Rhachitis vererbe. Dem ist nicht so. Die tertiären Rezidivformen der Syphilis hereditaria im späteren Kindesalter, zur Pubertät und nach dieser die Knochenleiden könnten bei oberflächlicher Beobachtung, bei zu geringem Eingehen und Eindringen in den Fall mit skrophulösen Prozessen verwechselt werden, werden aber von diesen durch Zuhilfenahme

der Anamnese, Aetiologie, durch den klinischen Verlauf, den Verlauf der diagnostischen Momente, der begleitenden Erscheinungen oder den Mangel derselben nicht unschwer zu unterscheiden sein.

MONTANIER, MAISONNEUVE und ROSEN finden die Skrophulose der Kinder syphilitischer Eltern anders gestaltet, als die der anderen, und stellen die beiden ersteren in ihrer Abhandlung (1853) die Spezies Skrophuloid auf, welches die Skrophulose der Kinder syphilitischer Eltern ist. RICORD glaubte, dass eventuell beide Diathesen, die Skrophulose und die hereditäre Syphilis, nebeneinander bestehen können, und nannte das Krankheitsprodukt beider, analog den Terminis der Chemie, Syphilo-Skrophulat.

Die Skrophulose als solche ist immer dieselbe. Die Mischform mit Syphilis existirt nicht. Die Skrophulose der Kinder deutet aber auch nicht direkt auf Syphilis der Eltern, da auch Kinder vollkommen gesunder, nie syphilitisch gewesener Eltern skrophulös werden können. Dass es auch Kinder syphilitischer Eltern werden, Kinder, welche als Säuglinge hereditäre Syphilis durchgemacht haben, oder auch solche, welche nie ein Zeichen des ererbten Uebels getragen, ist damit natürlich nicht ausgeschlossen; es ist aber sicher, dass die Skrophulose der Kinder nicht metamorphosirte hereditäre Syphilis ist.

Die Rhachitis, besonders die akute der ersten Kindheit mit ihren Periostosen und Exostosen, ihren Auftreibungen am Ende und am Schaft der langen Knochen u. s. w. könnte differenzial-diagnostische Schwierigkeiten bereiten und für Syphilis gehalten werden — ein Irrthum, der in der Mehrzahl der Fälle sich bald klären wird. Das Eine steht fest: Die Rhachitis ist Gemeingut der hereditär syphilitischen Kinder; dass es fast keines derselben gibt, welches nicht früher oder später wenigstens deutliche Spuren derselben darböte, so dass man kein Bedenken zu tragen braucht, zu behaupten, dass die Rhachitis gewiss aus der hereditären Syphilis hervorgehen könne, diese aber nicht immer ihr ätiologisches Moment sei. Ich habe im Kapitel der Anatomie auf die mikroskopischen Befunde der Osteochondritis aufmerksam gemacht, die in ihren ersten Stadien so grosse Analogie mit dem Prozesse der Rachitis hat, und deren eine gewisse Ausgang — der in Ablösung der Epiphyse ist. Wieweit sie mit der Rhachitis in Zusammenhang steht, müssen weitere Beobachtungen lehren.

Die ererbte Syphilis prädisponirt durchaus nicht, wie vielseitig angenommen wird, zu Lupus, zur Tuberculosis, zu gewissen Erscheinungen von Seite des Nervensystems, wie Chorea, oder zu Epilepsie. Idiotie (CRITSCHETT). Die angeerbte Syphilis schützt nicht vor Ansteckung in späteren Jahren im Mannesalter. HUTCHINSON spricht die Behauptung aus, dass, wenn hereditär syphilitische Individuen später wieder Syphilis acquiriren, dies nicht mehr in der gewöhnlichen Weise als wie bei Anderen geschehe; dass sie nie eine Induration, einen harten Schanker bekommen. Ich habe

darüber keine Erfahrung, glaube aber, dass der Schanker nicht immer Zeichen der geschehenen Infektion sein müsse, da anstatt seiner loco infectionis auch eine Papel entstehen könne.

Behandlung.

Der Zustand des syphilitischen Neugeborenen ist zuweilen ein derart verzweifelter, dass der Arzt bei seinem Anblick mitleidig die Hände in den Schoss legen und als das Beste finden wird, das unglückliche Geschöpf ruhig sterben zu lassen. Er sieht es mit dem Tode kämpfen und diesen auch in wenigen Stunden, bald nach der Geburt, erringen. Ein anderes Kind, obwohl mit deutlichen Zeichen der Syphilis, mager, kleiner als ein gesundes Kind, mit schwacher Stimme schreiend, flösst mehr Vertrauen für die Zukunft ein. Der Arzt sieht sich bestimmt, beizuspringen, glaubt durch sein Dazwischentreten hilfreich sein zu können und vielleicht sein Unternehmen von Erfolg gekrönt zu sehen. Das syphilitische, kachektische Kind kann in der That, vorausgesetzt, dass es unter günstige Verhältnisse gebracht wird, das heisst, dass es an der Mutterbrust bleibt, oder der Pflege einer Amme übergeben wird, sich allmählig wieder erholen. Oft genug, ja in der Mehrzahl der Fälle, sind aber alle Bemühungen fruchtlos, und der gute Wille des Arztes und der Eltern zerschellt an der Heftigkeit der angeborenen Seuche.

Der Arzt kann richtig erkannt haben, dass er es mit einem schwachen, elenden, syphilitischen Neugeborenen zu thun habe, oder er glaubt, dass das vorliegende Kind so hinfällig, weil es, wie er weiss, der Sprosse syphilitischer Eltern ist, vielleicht latent syphilitisch sei, und voraussichtlich der Ausbruch der Dyskrasie nicht lange würde auf sich warten lassen. Er steht nun vor der Alternative: soll er gegen die offenbare Krankheit mit den Mitteln, welche die Kunst vorschreibt, einschreiten oder nicht, da die antisiphilitische Behandlung immerhin ein Eingriff ist, welcher bei den ohnehin verfallenden Kräften des Neugeborenen durchaus nicht gleichgiltig sein kann; oder im andern Falle: soll er die vermeintliche und muthmasslich latente Syphilis, welche nicht minder als die offenbare das Dasein des Kindes untergräbt, in ihrem Laufe aufhalten und eindämmen?

Darauf ist nun zu antworten: Ist die konstitutionelle Syphilis manifest, so ist mit der spezifischen Behandlung keinen Augenblick zu zögern, vorausgesetzt, dass dasluetische Kind nicht lebensgefährliche Erscheinungen von Seite der inneren Organe darbietet. Ist es gelungen, die Kräfte und die Eigenwärme des Kindes durch Einflössen von Milch, Wein, durch Einhüllungen in warme Tücher, Flanell, Watta zu heben und zu erhalten, so schreite man unverzagt gegen die Syphilis ein.

Ist das Kind syphilitischer Eltern schwächlich, marastisch, jedoch

ohne Manifestationen der elterlichen Krankheit zur Welt gekommen, so thue man absolut nichts anderes, als das Kind kräftigen und seine Konstitution durch Roborantia verbessern. Weiss man auch, dass die Mutter schon mehrmals abortirt, Frühgeburten erlitten, oder am regelrechten Schwangerschaftsende Kinder geboren habe, die die Syphilis mit auf die Welt brachten, an dieser bald post partum zu Grunde gingen oder auch von dieser geheilt wurden, dass sie oder der Vater des Kindes noch syphilitisch seien, so folgt daraus noch immer nicht, dass auch auf dieses, das zuletzt geborene Kind die Dyskrasie übergegangen sein müsse. Es kann von dieser ganz verschont bleiben, um so eher, wenn die elterliche Syphilis eine inveterirte ist; man kann mit einiger Wahrscheinlichkeit annehmen, dass es gesund bleiben werde, wenn die Lues der Eltern sich spontan oder durch die Behandlung abgeschwächt hat, was sich durch etwaige vorhergegangene Geburten angedeutet haben mag. Wenn nirgends, so ist in diesem Falle die Expectation am Platze. Namentlich gilt dieses in jenen Fällen, in welchen Behandlungen an der syphilitischen schwangeren Mutter stattgefunden haben; auch SIGMUND lehrt, dass „mehrseitige Beobachtungen es indessen höchst wahrscheinlich machen, dass durch die Behandlung der Syphilis an den Schwangeren das Leben und die Gesundheit ihrer Kinder gefördert wird; selbst nach längeren Einreibungskuren haben wir Kinder zur Welt kommen gesehen, welche in jeder Hinsicht (Grösse, Gewicht, Aussehen des ganzen Körpers und der einzelnen Organe, progressive Entwicklung) den von Gesunden abstammenden gleichgestellt werden durften“.

„Für die erfolgreiche Behandlung der Syphilis an Schwangeren mit Merkurialpräparaten und vorzüglich mit der Einreibungskur hat sich die Zahl der Thatsachen fort und fort gemehrt. Diese Behandlung ruft den Abortus und partus praematurus ganz entschieden nicht hervor, die Schwangeren gedeihen dabei augenfällig, und wenn schon bei dem Auftreten der Papeln mit der Behandlung begonnen wird, tragen die Mütter ihre Kinder zur Reife aus; diese zeigen dann sehr oft die Erscheinungen der Syphilis nicht und bleiben am Leben. Sind solche Kinder bisweilen auch schlecht genährt, so erholen sie sich bei guter Diät zusehends, und zu solcher kann die Milch der wohlgenährten Mutter eben am besten dienen. Behandlungen, welche von dem 5. Monate der Schwangerschaft an begonnen und von Fall zu Fall lange genug durchgeführt werden, gewähren diese Erfolge, während die nach dem 6. und 7. Monate begonnenen darauf schon weniger sicher hoffen lassen. Aber selbst in den letzten Monaten bei Schwangeren mit sehr ausgedehnten papulösen Syphiliden unternommene Einreibungskuren thaten dem Leben des Fötus keinen Eintrag, viele Schwangere erreichten das normale Ende, und die, bei einer zumal örtlich sehr sorgfältig geführten Behandlung zu Entbindung gelangten Schwangeren erlitten nicht jene schweren Verletzungen an dem Gebärmuttermund und

an den äusseren Genitalien (Einrisse, Quetschungen), welche so häufig bei Syphilitischen vorkommen, und der Verlauf des Wochenbettes gestaltete sich zugleich gerade so wie bei Nichtsyphilitischen.

Die hereditäre Syphilis kann, wie bereits angeführt, sogar erst nach dem zurückgelegten dritten Lebensmonate zum Vorschein gelangen. Es kann bei dem immerhin erwarteten und befürchteten, aber der Zeit und Heftigkeit nach unberechenbaren Ausbrüche der Krankheit Niemandem beifallen, bis zu einem so späten Termine eine ernsthafte antisymphilitische Behandlung fortzusetzen. Andererseits glaube man aber auch nicht durch eine oberflächliche, leicht hingennommene Scheinbehandlung so lange oder noch länger den Ausbruch der Syphilis protrahiren zu können. RICORD war zwar der Meinung, dass man es vermöge, aber gewiss nur durch eine herzhaft und energische Kur. DIDAY ist für eine leichtere spezifische Behandlung, weil, wie er annimmt, dieselbe für das Kind wenigstens nicht von Schaden sein könne.

„Indem man gleichsam zur Vorbeugung des möglichen Ausbruches das Medikament reicht, wird man es gewiss nur mässig anwenden.“

Dann aber auch treten die Erscheinungen der angeborenen Syphilis im Allgemeinen zu Ende des ersten oder zweiten Monates nach der Geburt hervor, und es wird diese aus Vorsicht gebrauchte und angewandte Behandlung also auch nicht über diesen Termin hinaus zu führen sein.“

Er will die Kur so zart und sanft als möglich durchgeführt wissen und erst mit aller Potenz auftreten lassen, wenn die Krankheit einmal wirklich ausgebrochen. Der grosse Vortheil dieser Methode soll darin liegen, dass die Syphilis bei derselben zwar nicht überwunden und ausgerottet wird, aber entschieden an Intensität verlieren möge. Das ist aber, wenn auch nicht absichtliche Täuschung, so doch eine immer anfechtbare Ansicht. Die hereditäre Syphilis, die 1, 2, 3 Monate post partum erscheint, manifestirt sich mit einer bedeutend gemilderten Vehemenz, ist eben an und für sich ein Beweis für die abgeschwächte Virostät der Syphilis der Erzeuger und derjenigen, welche auf den Fötus übergegangen. Ich habe wiederholt versuchsweise DIDAY'S Behandlungsweise eingeschlagen und bin zu dem Resultate gelangt, dass die befürchtete und voraussichtliche hereditäre Syphilis nach Wochen caeteris paribus genau so aufgetreten und verlaufen, wenn ich antisymphilitische Mittel gegen sie gebrauchen liess oder nicht, und dass die milde behandelte latente Lues sich nicht milder gezeigt, wenn sie einmal manifest geworden, als die nicht behandelte. Ich kann demnach auch nicht das post hoc ergo propter hoc in diesem Falle zugeben. Ausserdem halte ich dafür, dass eine, wenn auch nur wenig strenge, aber länger fortgesetzte antisymphilitische Behandlung keine

für den Neugeborenen so gleichgiltige Sache sei, wofür sie von vielen Seiten angesehen wird.

ROGER urtheilt ganz richtig, wenn er eine Behandlung erst nach der Entwicklung der Krankheit für am Platze erachtet. Hat sich die hereditäre Syphilis deklariert, so schreite man rasch und kategorisch gegen sie ein — aber nicht früher; dann kann aber ein Abwarten, ein Zaudern vernichtend werden. Die Syphilis der Neugeborenen eilt mit geflügeltem Schritte; sie erhöht die Anämie des Kindes und greift bald die inneren Organe an.

Worin soll nun die Behandlung bestehen? Von Vielen wird der Expectative eifrig das Wort gesprochen und gerathen, die hereditäre Syphilis sich selbst zu überlassen, da sie, wenn sie heile, spontan heile, der kindliche Organismus die Antisyphilitica nicht vertrage. So viel ich erfahren, ist der Erfolg einer „Naturheilung“, der Behandlung der ererbten Syphilis ausschliesslich mit Roborantien, Chinin, Eisen, Adstringentien, Bädern ein äusserst problematischer. Auch die kindliche Syphilis kann, nicht behandelt, anstatt sich zu involviren, zu erschöpfen — an Ernsthaftigkeit zunehmen. Die Eltern des Kindes, welche auf ein werktätiges Eingreifen des Arztes dringen, sind natürlich beruhigt, wenn der Arzt, in den sie ihre Hoffnung setzten, eine Behandlung einleitet. Sie können darüber, was der Arzt thut, keine Kontrolle üben. Aber das Gewissen des Arztes selbst kann, wie ich glaube, nicht ruhig bleiben, wenn er einem Kinde, das an Coryza, Mundgeschwüren u. s. w. leidet, und über welchem demnach das Damoklesschwert eines langsamen aber unausweichlichen Hungertodes schwebt, das wahrscheinlich rettende Antisyphiliticum vorenthält. Auch in leichteren Fällen, bei älteren und wohlgenährten Säuglingen ist die Expectative durch nichts gerechtfertigt und zu verurtheilen.

Ich gebe ohne Scheu gegen die hereditäre Syphilis, wann und wie immer sie sich darstellt und es erfordert, das Quecksilber in seinen vielerlei Gestalten und Administrationsweisen. Die guten Erfolge mit Merkur sind unzweifelhaft und schon nach kurzer Darreichung ersichtlich. Sie sind gewiss, auch so weit man es so nennen darf, gründlich. Obzwar Rezidiven durch denselben nicht vorgebeugt wird, so ist vielleicht das seltene Vorkommen tertiärer Formen nach seiner Anwendung durch ihn begründet. Nach ROGER beruht der „allgemein so erstaunliche und günstige Erfolg des Merkurs bei ganz kleinen Kindern auf der grossen Lebhaftigkeit, womit bei ihnen die Resorption des Merkurs vor sich geht. Bei Erwachsenen geht dieselbe weit langsamer von Statten, und obwalten bei ihnen viele Umstände, die ihr entgegenwirken.“

Die Antimerkurialisten aus „besserer“ Ueberzeugung oder habitueller Oppositionslust haben sich natürlich auch gegen die Anwendung des Quecksilbers bei der ererbten Syphilis gewendet. Sie wollen in der

Regel nichts gegen sie thun und gemächlich die „Naturheilung“ abwarten, da unter „günstigen konstitutionellen Verhältnissen“ das syphilitische Virus auch ohne alle Heilmittel aus dem Organismus eliminirt werden könne. Der Intensitätsgrad der auf den Fötus übertragenen Lues ist aber, wie auch sie zugeben, ein variabler, je nachdem die Zeugung unmittelbar nach der Infektion der Eltern, oder weiter entfernt von dem Zeitpunkt derselben vor sich gegangen. Die Antimerkurialisten lehren nun aber auch, dass nach diesen „naturgeschichtlichen Verschiedenheiten“ der hereditären Seuche diese mit Ausschluss der Merkurialien mit verschiedenen Mitteln bekämpft werden könne. Auch sie haben ihre Panaceen unter diesen, z. B. das Chlorkalium. Die englischen antimerkurialistischen Kinderärzte geben dieses mit einiger Vorliebe. SAVORY¹⁾ verabreicht dem Kinde täglich viermal einen Theelöffel einer konzentrirten Lösung von Chlorkali, der er 2—3 Tropfen Acid. muriatic. hinzugefügt. Wird das Kind gesäugt, so muss auch die Säugende täglich eine Unze Chlorkalisolution nehmen. Bei dieser Therapie verlor er von 15 Fällen nur einen durch den Tod.

DUNN,²⁾ Arzt am Farrington Dispensary in London, will ebenfalls bei strenger Vermeidung aller Merkurialien bei der alleinigen Verabreichung von Chlorkali ausgezeichnete Resultate erzielt haben, doch wendet er neben diesem, wenn es indiziert erscheint, Leberthran, Tonica u. A. an. Unter einem solchen Regime, das im Maximo 80, im Minimo nur 18 Tage durchgeführt zu werden brauchte, kamen unter 50 Fällen (wovon zwei sterbend in das Dispensary gebracht wurden) nur eine Rezidive und drei Todesfälle vor.

SPENCER WELLS bemerkte, als die Chlorkalipartisane in der Londoner Gesellschaft der Aerzte ihre Chlorkalihymne etwas vorlaut ertönen liessen, dass ihr Medikament die Krankheit, gegen welche sie es geben, eben so heile, wie die von manchen Aerzten gerühmte Aqua menthae den Rheumatismus.

Man kann syphilitischen Neugeborenen und Säuglingen getrost und ohne Anstand Merkur in den wirksamen Dosen reichen. Sie vertragen es besser als Erwachsene, und haben weniger als diese von den toxischen Eigenschaften desselben zu leiden.

Der so perhorreszirte Ptyalismus nimmt auch bei längerer Merkurialbehandlung selten solche Dimensionen an wie beim Erwachsenen. Je jünger das Kind, desto weniger ist es von Speichelfluss, Stomatitis, Gingivitis bedroht. Diese Symptome stellen sich aber auch zuweilen unverkennbar ein. Die Meinung, dass sie bei Neugeborenen und Säuglingen überhaupt nicht auftritt, ist falsch. Ich habe dieselben häufig genug beobachtet.

¹⁾ Med. Tim. and Gaz. 1863.

²⁾ Lancet Vol. II. Nr. 23. 1865.

„Speichelfluss und Stomatitis soll,“ sagt SIGMUND,¹⁾ „bei (zahnlosen) Kindern nicht auftreten; ich habe nicht wenige Beweise vom Gegentheil, und an der Aufstellung jener Behauptung ist der Umstand Schuld, dass Kinder den Speichel, wie reichlich derselbe auch abgesondert wird, meistens rasch ganz hinabschlingen. Schleimhautschwellungen am Kieferrand, an den Wangen und im Zwischenkieferwinkel kommen bei minder vorsichtiger Anwendung von Merkurialien überhaupt, besonders aber der grauen Salbe, oft genug vor im Verhältnisse zu der geringen Zahl von kindlichen Kranken, welche man längere Zeit mit der Salbe behandelt.“

Selbstverständlich muss die bei Neugeborenen und Säuglingen ohnehin genau zu beobachtende Mund- und Rachenpflege bei Kindern, welche mit merkuriellen Präparaten behandelt werden, noch viel sorgfältiger und öfter gehandhabt werden. Es handelt sich ja zumeist darum, die zurückgebliebenen Milch- und eventuell andere Speisereste möglichst rasch aus der Mundhöhle zu entfernen, in welcher dieselben, begünstigt durch die in der Mundhöhle herrschende höhere Temperatur, bald in saure Gährung übergehen, sich zersetzen, verwesen und so das Zahnfleisch und die Mundschleimhaut rasch exkoriiren und zur Soorbildung und Stomatitis Veranlassung geben. Ich lasse daher die Mund- und Rachenhöhle solcher Kinder mehreremale im Tage, namentlich nachdem sie getrunken haben, mit eigenen Mundwässern entweder ausspritzen oder mit einem feinen, jedesmal zu erneuernden Leinwandläppchen reinigen, auswaschen. Als solche Mundwässer empfehlen sich vorzüglich eine einprozentige Chlorkali- oder Salicylnatriumlösung, Borax oder Acid. muriat. dilutum — durchaus Mittel, welche dem Kinde keinen Schaden bringen, falls auch einige Tropfen dieser Lösungen durch Hinabschlucken in den Magen gelangen sollten.

Es fragt sich nun, in welcher Weise soll die Behandlung durchgeführt werden, welcher Behandlungsmodus eignet sich am besten, welche Quecksilberpräparate verdienen den Vorzug vor andern; passt das Quecksilber immer; welche Medikamente ausser Merkur, wenn er nicht angezeigt erscheint, bringen zuverlässlich Hilfe?

Die Behandlung der angeborenen Syphilis ist eine allgemeine und lokale. Die allgemeine richtet sich gegen das Grundübel, die lokale gegen die einzelnen Symptome derselben.

Die einzige richtige Allgemeinbehandlung, von welcher reelles Heil zu erwarten steht, ist die merkurielle, eventuell die Behandlung mit Jod. Es gibt ausser Merkur kein Mittel, welches so rasch und so bestimmt auf die kindliche Syphilis einwirkt als dieser. Schon nach einem Gebrauche desselben durch wenige Tage sieht man die Syphilide ihre rück-

¹⁾ „Die Einreibungskur“ 1878, p. 99.

gängige Bewegung antreten, infiltrirte rothe Hautstellen ablassen. Ob das Kind schwach, marastisch oder kräftig wohlgenährt sei, ob die Syphilis gleich nach der Geburt oder in späteren Lebenswochen sich manifestirte, immer leistet es dieselben vorzüglichen Dienste. Der den hereditär syphilitischen so verderbliche Darmkatarrh, der gewiss durch das Allgemeinleiden hervorgerufen und unterhalten wird, bildet keine Gegenanzeige für die Quecksilberbehandlung. Im Gegentheil. Unter derselben wird er nicht nur nicht schlimmer, sondern erheblich besser. Die Ernährung hebt sich, die Kräftezunahme ist eine stetig steigende. War zur Zeit als man anfang den Merkur innerlich zu verabfolgen, kein Darmkatarrh vorhanden, ist dieser nach der Verabreichung des Mittels erst entstanden, so fahre man dennoch mit demselben fort. Es ist nicht durch dasselbe, sondern vielleicht durch Erkältung, Ueberfüllung des Magen und Darmes oder andere äussere und innere Ursachen entstanden, und wird sistiren, trotzdem das merkurielle Mittel nach einer kurzen, ein- bis zweitägigen Pause weiter gegeben wird.

Das Jod ist bei Weitem nicht so aktionsfähig wie Merkur. Es vermag durchaus nicht so schnell die Hautaffektionen und die anderen Symptome der ererbten Syphilis zum Schwinden zu bringen. BEDNAR behauptet, dass das Jod weniger den gesamt-syphilitischen Prozess, als speziell und hauptsächlich gerade die papulösen Hautausschläge berühre. Ich habe seinen besonderen Antagonismus gegen diese Syphilide nicht gefunden. Es schützt selbstverständlich auch vor Rückfällen nicht; dabei kann es aber auch seiner üblen Wirkungen bei länger fortgesetztem Gebrauche nicht entrathen. Es bringt das Kind in seiner Ernährung herab, und je nach der Empfänglichkeit desselben auch Jodismus in allen seinen Gestalten hervor. Das Kind bekommt Schnupfen, Hals-, Kopfschmerzen, schwere Digestion, Zittern, heisse Haut, flüchtige oder persistenter Erytheme, Fieber. Das Erythem ist in einzelnen Fällen, wie auch STEINER¹⁾ gesehen, so ausgebreitet und intensiv, dass es zusammengehalten mit der Angina und der Fieberbewegung einem Ungeübten leicht Scarlatina vortäuscht.

Da das Jod, um zur Wirkung zu gelangen, länger fortgesetzt werden muss, so müssen natürlich alle Cautelen gegen Jodismus gehandhabt werden. Schwache, anämische Kinder neigen mehr dazu, und dürfen daher nicht über 0.50—0.70 Centigr. Kali jodati pro die erhalten. Man gibt es mit Decoct cort. Chinae, Aq. menthae, Mixt. oleosa, Mixt. gummosa. Die Dosis Syr. ferr. jodati, welcher noch langsamer als Jodkali wirkt, darf über den Tag auch nicht 1—2 Gramm übersteigen.

Ich bin nicht oft in die Nothwendigkeit versetzt worden, die Jodpräparate in Anwendung zu ziehen. Ich greife zum Jod erst dann,

¹⁾ Oesterr. Jahrb. f. Pädiat. 1870.

wenn meine Versuche mit Merkur missrathen oder nicht im erwarteten Masse zufriedenstellend gewesen sein sollten, der kleine Patient damit schon übersättigt ist, gehe aber alsbald wieder zum Merkur, und zwar zuweilen zu seinen Verbindungen mit Jod zurück, wenn die Besserung nach Jod wie gewöhnlich in solchen Fällen allmählig sich gezeigt hat.

Die merkurielle Behandlung (resp. auch die Behandlung mit Jod) kann nun eine direkte oder indirekte sein, d. h. der Merkur kann dem Kinde unmittelbar oder auf Umwegen zugeführt werden. Dieser Umweg ist darin gelegen, dass die Säugende das Medikament, das dem Säuglinge zugebracht ist, zu sich nimmt und ihm selber mit dem Sekrete ihrer Brustdrüse der Milch beibringt, welche dadurch medikamentös wird, medikamentöse Eigenschaften erhält. Diese Methode ist eine ziemlich alte und noch in unseren Tagen angewandte, ihr Werth aber diskutirbar, die Grenze, innerhalb welcher sie ihre strikte Anwendung findet, eine enge.

Sie stand einst bei den Aerzten in grossem Ansehen. Sie nahmen an, dass die Milch einer Säugenden, die einer Jod- oder Merkurmedikation unterworfen ist, sich mit den Molekülen des ingerirten Medikamentes innig imprägnire und dieses dem Kinde in einem schon „verarbeiteten“ und leichter assimilirbaren Zustande beibringe. Es ist allgemein bekannt, in welcher Weise Gemüthsbewegungen, Krankheiten der Amme auf deren Milch einwirken. Ebenso ist der Uebergang medikamentöser Stoffe in die Sekrete, besonders die Frauenmilch sichergestellt. Die Gegenwart von Chrysophansäure in der Menschenmilch nach Einnahme von Rheum (SCHNEIDER), Eisen nach Inkorporation von Eisenchlorid, Arsenik nach Tinct. Fowleri, Blei nach Bleizucker, von Antimon, Bismuth u. s. w., u. s. w., wie nicht minder von Jod und Quecksilber nach Ingestion derselben, ist heute Dank den vorzüglichen Untersuchungsmethoden, durch unanfechtbare chemische Experimente konstatirt. Dasselbe gilt für die Thiermilch, die früher behufs Verabreichung an syphilitische Säuglinge jodisirt oder merkurialisirt wurde. Französische Aerzte (COLOMBIER, DOUBLET, FAGUER, BERTIN, anfänglich auch BOUCHUT) schwärmten für medikamentös gewordene Thiermilch. SWEDIAUR rieb den Euter einer Ziege mit Ung. cinereum ein, und gab die Milch des Thieres den kranken Kindern. Er will damit die schönsten Erfolge gehabt, die Kinder einer grossen europäischen Regentenfamilie gerettet haben. CAZENAVE und SCHEDL geben ebenfalls an, im Hôpital St. Louis die guten Resultate dieser indirekten Merkurbehandlung gesehen zu haben.

SIGMUND. (Ueber neuere Behandlungsweise p. 26) äussert sich darüber:

„Die Versuche, Thieren (Kühen, Schafen, Ziegen, Eselinnen) Quecksilber und Jodpräparate beizubringen, um deren Milch sodann gegen Syphilis, namentlich der Kinder, zu verwenden, haben noch zu keinem praktisch zuverlässigen Resultate geführt. Die wenigen von mir unter-

nommenen Versuche, namentlich mit Jodpräparaten, gewährten nicht jene Erfolge, welche man an der skandinavischen Seeküste bei der Fütterung der Schafe mit jod- und bromhaltigen Seepflanzen und in Salzbrunn mit der Darreichung der jod- und bromhaltigen Soole an Kühen erzielt zu haben berichtet. Bekanntlich hat man in neuester Zeit auch den Teig des Brotes mit jod- und bromhaltigem Meerwasser angemacht, um damit die Mittel, zumal Kindern, mundgerecht zu reichen, und führt ebenfalls günstige Ergebnisse an.“

Merkur den Säugenden zu geben in der Absicht, ihn durch deren Milch syphilitischen Säuglingen zukommen zu lassen, kann nicht in allen Fällen gutgeheissen werden. Der therapeutische Nutzen, den dieser aus der medikamentösen Ammenmilch zieht, ist dabei ohnedies nicht der wünschenswertheste und erzielbarste; es muss der Arzt deshalb es sich doppelt überlegen, bevor er einer Säugenden zu dem Zwecke Quecksilber ordinirt, um den Säugling von der Syphilis zu befreien.

Der Arzt könnte allenfalls sich dazu veranlasst sehen, wenn er den Säugling so herabgekommen findet, dass er ihn eine direkte Merkurialkur durchzumachen sich vielleicht nicht recht getrauen sollte. Er lasse sich dazu aber nicht verleiten, wenn das Kind eine direkte Behandlung zu vertragen verspricht. Noch so schwach, als sich die Syphilis auspräge, nie darf sie deshalb in indirekter Weise behandelt werden. Dabei beachte der Arzt aber stets den Gesundheitszustand der Säugenden. Ist diese eine fremde, eine Lohnamme und frei von Syphilis, so darf man unter keinen Umständen, ohne sie vorher von dem Vorhaben eingehend in Kenntniss gesetzt und ihre freiwillige Zustimmung erlangt zu haben, sie der für sie nicht indifferenten Quecksilberwirkung überliefern. Die gesunde, fremde Amme ist ja noch überdies der Gefahr einer Ansteckung durch den Säugling ausgesetzt. Sie muss von dieser, wie nicht minder von jener, der sie sich überliefert, wenn sie eine Merkursättigung über sich ergehen lässt, in Kenntniss gesetzt werden. Säugt die Mutter das Kind, ist sie aber nicht infizirt, so verhält sie sich streng genommen doch immer wie eine Person, die frei von Syphilis ist, und wird deshalb gegen das Quecksilber wie eine Gesunde reagiren. Ich glaube zwar mit BOUCHUT, ZEISSL, dass die gesund gebliebene Mutter eines hereditär syphilitischen Kindes unter dem Einflusse der Curtischen Diathese stehe, wenn sie, wenn auch ohne manifeste Zeichen der Lues, in ihren Kräften verfällt, kachektisch wird, kann mich aber dennoch nicht entschliessen, ihr zu einer antisymphilitischen Behandlung zu rathen und sie vielleicht gar ohne Zustimmung eine Merkurialkur gebrauchen lassen. Zudem habe ich auch noch nicht gesehen, dass deren Zustand nach einer solchen irgend wie gebessert worden wäre. Dass ich an eine vollends gesund gebliebene Mutter mit der angedeuteten Zumuthung gewiss nicht treten werde, ist natürlich. Ist die Lohnamme oder die Säugende ebenfalls syphilitisch, so kann man, wenn man es für

gut findet, das Kind ihr belassen und ihr Merkur für sich und das Kind reichen. Es würde aber gewiss öfter besser sein, das syphilitische Kind von der Brust abzusetzen, jedoch wird uns stets die Rücksicht auf die Ernährung des Kindes bewegen, dasselbe an der Brust zu belassen, indem bei der künstlichen Ernährung die Kinder der verderblichen Krankheit weit weniger widerstandskräftig sich erweisen.

„Sind beide (Säugende und Säugling),“ sagt SIGMUND¹⁾, „mit Syphilis behaftet, so lässt man die Säugung fortbestehen, wenn hinreichende Milchmenge und gute Beschaffenheit der Brüste, speziell der Warzen, sowie gute allgemeine Ernährung der Säugenden vorhanden sind. So oft diese Bedingungen nicht alle bestehen, muss die Säugung unterbrochen werden.“

Für die Absetzung von der Mutterbrust, resp. Ammenbrust, in dem von uns in's Auge gefassten Falle, dass die Säugende syphilitisch ist, sind zwei Motive bestimmend. Erstens ist es die Ernährung des Kindes, die durch die Milch einer luetischen Frauensperson nicht sonderlich gefördert werden kann, zweitens die der Amme selbst, welche krank bei dem Säugegeschäfte durch das Saugen eines noch dazu syphilitischen Kindes ein Hinderniss für ihre Rekonstitution fühlen muss. DONNÉ meint wohl, dass die Milch syphilitischer Frauen sich in Nichts von der einer gesunden unterscheidet, während nach BECQUEREL und VERNOS der Unterschied beider ein wesentlicher ist und hauptsächlich darin besteht, dass die Milch Syphilitischer an Salzen reicher geworden ist, während ihr Gehalt an Butter vermindert erscheint. Gewiss ist und kann die Milch einer luetischen Person nicht von der Qualität einer gesunden sein, besonders wenn erstere einer Merkurialkur untersteht. Wenn dies oft vielleicht nicht von so augenscheinlichem, grellem nachtheiligem Einflusse für den Säugling ist, so kann der Gewinn, den er aus der Milch einer Syphilitischen zieht, denn doch nicht derselbe sein, welchen ihm die einer Gesunden bietet. Sind die Bedingungen vorhanden für eine gute, umsichtliche, den Anforderungen entsprechende künstliche Ernährung, so ist sie zuweilen der Säugung durch eine syphilitische Amme vorzuziehen. Ich möchte nur im schlimmsten Falle rathen, einen syphilitischen Säugling die Brust einer syphilitischen, merkurialisirten Amme behalten zu lassen, während ich, wenn die Vitalität des Kindes sich erprobt, eher für seine künstliche Auffütterung bin.

SIGMUND. (Ueber neuere Behandlungsweise p. 26) rathet:

„Dass man die syphilitischen Kinder obenan in möglichst günstige hygienische und diätetische Verhältnisse zu versetzen, von diesen das Meiste für ihre Rettung zu erwarten, ohne diese von keinem Medikamente etwas zu hoffen habe, das haben die besten Kinderärzte im letzten Jahrzehnte

¹⁾ l. c. p. 106.

zur allgemeinsten Anerkennung gebracht und diese Erfahrung kann nicht nachdrücklich und laut genug betont werden, um Tausenden von Kindern das Leben zu erhalten und die Gesundheit wiederzugeben.“

Leichter und schneller als Quecksilber geht Jod in die Sekretionen der Säugenden über. Aber auch vom Jod vertragen gesunde oder kranke Ammen grössere Dosen ohne (wie BASSERAU meint) Schaden zu nehmen nicht. LABOURDETTE¹⁾ hatte ganz richtig beobachtet, dass das Jodkali die Milchabsonderung wie die Gesamternährung der Säugenden herabsetzt.

Wie verhält es sich aber nun mit dem Heileffekte beim Gebrauche der medikamentösen Milch?

Wie bereits angedeutet, wollen berühmte Aerzte Wunder mit derselben gewirkt haben, aber auch Aerzte unserer Tage treten für sie ein.

CUILLERIER, ROGER, ZEISSL, SIGMUND u. A. sprechen sich gegen diese aus und halten den Quecksilbergehalt der merkurialisirten Milch nicht für genügend, um eine Heilung der hereditären Syphilis herbeiführen zu können. Man hat die merkurielle Milch mit den Mineralwässern verglichen (LANGLEBERT), welche trotz ihrer minimen, verschwindend geringen Menge der fixen Bestandtheile unerklärlich gute Effekte erzielen. Man wird wohl zugeben, dass die äusserst geringe Quantität Eisens in den Eisenwässern unvergleichlich intensiver wirkt, als die so und so vielmal grössere von Eisenpräparaten, von dem per os gereicht das Meiste wieder unverdaut per anum abgeht. Zweifelsohne kommt es mehr darauf an, wie viel vom Medikamente resorbirt und assimilirt, wie lange es, ohne die Verdauung anzugreifen, genommen werden kann, als wie viel überhaupt eingeführt wird. Wahrscheinlich hängt die Resorption und leichte Assimilation ab von den natürlichen Verbindungen, in welchen sich das Mittel befindet. Die fast insensiblen Mengen Merkur in der Ammenmilch genügen aber, wie ich mich auch bei leichten Fällen überzeugt, durchaus nicht, um irgendwie umstimmend auf das kindliche Uebel zu sein.

„Dass mit der Milch der Säugenden,“ äussert sich SIGMUND, „welche Einreibungen braucht, Quecksilber, und zwar in manchen Fällen schon nach ein paar Tagen, übergang, ist bereits festgestellt; doch scheint es eine nur sehr geringe Menge zu sein, denn in den allerdings wenigen Fällen, in welchen syphilitische Säuglinge von solchen Säugenden gestillt wurden, genügte die Milch nicht zur Heilung der Syphilis des Säuglings und es bleibt daher die unmittelbare Behandlung der Säuglinge vor der Hand klinische Vorschrift der Therapie.“

Und wirklich steht die experimentelle Chemie nicht dafür ein, dass

¹⁾ Gaz. hebdom. 1856, 15.

ein überschüssiges Quecksilber in den Se- oder Exkreten des Säuglings zu finden wäre. Für das Jod will es LAZANSKY¹⁾ positiv versichern.

„Was das Jod betrifft,“ schreibt er, „so ist dessen Uebergang in die Se- und Exkrete des Organismus konstatirt. Doch ist meines Wissens der Beweis noch nicht erbracht, dass das durch die Muttermilch dem Säuglinge beigebrachte Jod dessen Organismus durchwandert und in kurzer Zeit nach dem Genuss der jodhaltigen Muttermilch auch in dessen Harn deutlich nachweisbar ist. In dem auf unserer Klinik (PICK) beobachteten Falle wurde nun nach Verabreichung das Jodkali an die syphilitische Mutter, sowohl in deren Milch und Harn, als auch bald darauf in dem Harne des ebenfalls syphilitischen Säuglings deutlich nachgewiesen. Dem entsprechend auch der günstige therapeutische Erfolg.“

Ich will nun zur Besprechung der direkten Merkur- und Jodbehandlung übergehen.

Das Quecksilber wird, wie beim Erwachsenen, innerlich und äusserlich angewendet. Aeusserlich wird es benützt zur topischen Behandlung, zu Einreibungen und als Zusatz zu Bädern. In neuester Zeit wurde es auch hypodermatisch versucht.

Einreibungen im eigentlichen Sinne können natürlich nur am Platze sein, wenn die Haut nicht zu viel Exkorationen, Pusteln, geschwürige Stellen hat. War die anfänglich unverwundete Haut durch die Einreibungen lädirt worden, so setzt man dieselben aus. Die Einreibungen passen ganz gut bei schwächlichen atrophischen Säuglingen, besonders wenn sie künstlich aufgezogen werden und haben in toto vor der innerlichen Verabreichung des Merkurs das voraus, dass man durch sie dem Körper Quecksilber einverleiben kann, auch wenn man durch etwaigen Darmkatarrh etwas eingeschüchtert, Merkurpräparate innerlich zu geben sich nicht getraut.

Man verwendet zu den Inunktionen die graue Salbe in der Dosis von 0.30—0.50—1.00 Gramm, und macht deren eine ungefähr jeden dritten Tag. In der Zwischenzeit kann man mit der Behandlung pausiren oder ein Sublimatbad verabfolgen. Ich beginne gewöhnlich die ersten Einreibungen mit der Minimaldosis und steigere mit der Zahl derselben auch die Gabe. Man vermeidet es gerne, die Einreibungen an den unteren Extremitäten vorzunehmen, weil diese am meisten der Verunreinigung unterliegen, und ohnedies daselbst die Haut den meisten Schädlichkeiten ausgesetzt ist und gerne fratt wird. Am besten eignen sich zu den Einreibungen, die nebenbei gesagt 5—10 Minuten währen müssen, die Brusthälften im Niveau der Mm. pectoralis, die Seitenwände des Thorax, die Achselgruben, die oberen Extremitäten, der Rücken. Manche ziehen es vor, die Salbe, anstatt sie einzureiben, auf Leinwand oder Flanell

¹⁾ Vierteljahrschrift für Dermat. u. Syph. Wien 1878.

gestrichen auf verschiedene Körperstellen aufzulegen, auf die Kniee, um den Nabel, als Nabelbinde, wobei der etwaig vorhandene Nabelstumpf in ein reines Läppchen gehüllt wird u. s. w. (BRODIE, WILLSHIRE, DIDAY). Der Salbenfleck wird täglich erneuert und, wenn man will, mit dessen Applikation an einer Stelle fortgesetzt, bis aufgetretenes Erythem es kontraindiziert.

SIGMUND drückt sich sehr befriedigend über die Inunktionskur bei Kinder aus. ¹⁾ „Uebrigens bewährt sich“ nach diesem berühmten Praktiker und Syphilidologen „die Einreibungskur ganz ausgezeichnet gerade im Kindesalter; — und zumal bei den Formen kongenitaler Syphilis, stets in sorgfältigster Verbindung mit allen jenen oft betonten hygienisch-diätetischen Massregeln, die eben bei solchen Kranken obenan ins Auge zu fassen sind, lassen sich selbst bei sehr schweren Erkrankungen günstige Ergebnisse erzielen. Wir können diese Erfahrungsthatsache unseren Berufsgenossen nicht nachdrücklich genug zur Würdigung empfehlen Kinder im zarten Alter weniger Wochen bekommen bei minder vorsichtiger Anwendung der Salbe — (durch ranzige Salbe, Reiben mit harter, rauher Hand, zu schnelles und zu langes Reiben auf kleinere Hautflächen, minder fleissige Handhabung der ein paar Stunden vor der Einreibung täglich zu gewährenden Bäder, endlich durch Bedecken der eingeriebenen Stellen mit Wachseleinwand, Guttapercha-Papier, Kautschuk u. dgl.) — auch leicht Erythem und Eczem.

Eine auf raschere und ausgiebigere Aufnahme der Salbe hinweisende Wirkung tritt aber weder bei Kindern, noch bei jüngeren Individuen auf. Gegen diese Nutzenanwendung der grauen Salbe erkläre ich mich deshalb, weil sie auch nicht einmal annähernd die Einreibung, wenn sie diese ersetzen soll, an Güte erreicht. Erlaubt die allgemeine Hautdecke die Friktion, so reibe man; will man im entgegengesetzten Falle dennoch die Salbe anwenden, so Sorge man für ihren stetigen Kontakt durch Niederdrücken mit Flanellbinden, was sich aber nur an wenigen Körperstellen bewerkstelligen lässt, zumal die unteren Extremitäten, die durch die Entleerungen immer beschmutzt werden, nicht mit einbezogen werden können.

Die sehr beliebten Sublimatbäder können für sich allein keine Kur ausmachen. Sie unterstützen recht gut die interne oder externe Quecksilberbehandlung, wirken aber ohne diese nur äusserst unsicher und langsam. Man nimmt gewöhnlich 5—10 Gramm auf ein Bad, dem man noch etwas Sal. ammoniacum oder Kochsalz zusetzt. Man verschreibt also:

Rp. Hydr. Subl. corr. 10·00, Sal. ammon. 5·00. M. D. sub sigillo tales doses No. quinque. S. Zusatz zum Bade; Gift.

Man unterlasse es nie, die Kinderwärterin auf die toxische Beschaffen-

¹⁾ l. c. p. 99.

heit des Medikamentes aufmerksam zu machen und sie zu veranlassen, es an Stellen aufzubewahren, wo einer Verwechslung desselben mit anderen Flüssigkeiten vorgebeugt ist.

Von den Präparaten des Hydrargyrum, die innerlich gegeben werden, sind es vorzugsweise das Kalomel, das Sublimat und das Protojodur hydrargyri.

Die Leistungen dieser Mittel sind beinahe identisch und überbietet oder steht keines dem anderen wegen besonderer Eigenschaften nach, doch hat sich das Kalomel die meiste Gunst der Kinderärzte errungen. Vom Protojoduret kann innerhalb 24 Stunden 5 Milligr. (bei kräftigeren Kindern) bis 25 Milligr. gegeben werden, und zwar in Verbindung mit Pulv. gummos., mixtur. gummos., tinct. gummos., kleinen Mengen Tinct. Laud., Rothwein;

(Rp. Mixt. gummos. 125.00 — Protojod. hydr. 0.005—0.025, Syr. simpl. 15.00. MDS. Tagüber zu nehmen.)

Das Kalomel steht im Rufe, die Verdauungsorgane am wenigsten zu reizen. Man gibt davon 1 bis 2 Centigr. pro dos. 3 bis 4mal täglich und wählt als Zusatz Pulv. Doweri, Opium wenn Diarrhöe oder Insomnie zugegen, als Konstituens: Magnesia, Kreide, Zucker, ferr. carbor. sacch., ferr. lacticum;

(Rp. Calomel. alcohol. grmt. 0.10, Sacch. alb. grmt. 5.00. M. f. pulv. div. in dos. aeq. No. decemt.)

Das Sublimat, das Erwachsenen innerlich gegeben, häufig Magenbeschwerden verursacht, kann solche auch dem Kinde machen, was sich durch öfteres Erbrechen andeutet. Man sei deshalb mit den Gaben vorsichtig, wie man sich überhaupt an die Regel halten soll, immer mit kleinen, dem Alter entsprechenden Dosen zu beginnen und langsam zu den grösseren überzugehen. Beim Sublimate beginne man mit drei Milligramm ($\frac{1}{24}$ Gran) beim Neugeborenen und Säugling und komme in maximo auf ein Centigramm ($\frac{1}{8}$ Gran) pro die. Man verschreibe in folgender Weise:

Rp. Merc. subl. corr. grmt. 0.004. Aq. dest. grmt. 40.00.

M. DS. Täglich eine Flasche auf 3mal zu nehmen.

Alle diese Mittel müssen längere Zeit fortgebraucht werden. Die mittlere Behandlungsdauer ist in Fällen, wo Heilung eintritt, nicht unter vier Wochen. Keine der Methoden, wie Präparate schützt vor Rezidiven. Dies vermag auch nicht die in neuerer Zeit schwunghaft betriebene, aber auch schon wenigstens in der Kinderpraxis bei Seite gelegte Injektionsmethode. SIGMUND und MONTI, welche sie in Wien am meisten übten, gelangten zur Einsicht, dass sie die übrigen Behandlungsmethoden nicht zu verdrängen vermögen, obschon sie bequem, und die Ernährung des Kindes wenig beeinträchtigt. MONTI wollte sie für jene Fälle reserviren, wo die Kalomelbehandlung in Folge vorhandenen Katarrhs, welcher nach

meinen und anderer Beobachtungen aber durchaus nicht durch Kalomel vermehrt, vielleicht eher vermindert wird, nicht angezeigt erscheint, und rascher Verfall, drohende Symptome zur schnellen Aktion drängen. MONTI macht täglich eine Sublimatinjektion in der Region des Thorax oder des Hypochondrium. Die Dosis Sublimat schwankt nach dem Alter zwischen 2 Milligr. (bei Kindern unter einem Jahre) bis 1 Centigr. (0·002—0·01). Die nachtheiligen Erscheinungen der subkutanen Injektion zeigen sich auch am Kinde in Zerfall der Einstichsstelle und Abszedirung der Umgebung.

„Bezüglich der Kinder,“ meint SIGMUND¹⁾, „gibt der Schmerz der Injektion an und für sich eine Gegenanzeige gegen dieselbe ab; die wenigen damit behandelten Fälle waren nicht geeignet, eine besondere Neigung für diese von keinem auffallenden Erfolge begleitete Methode zu erzielen, während selbst nur Waschungen, vornehmlich aber Bäder mit Sublimat sehr günstige Resultate bieten, allerdings immer nur in wohlgeordneter Verbindung mit einem tonisirenden Regime, dessen Bestimmung der Einsicht und Energie des Arztes je nach dem Einzelfall anheimgegeben ist.“

Das Jod habe ich, soweit es bei Behandlung der Hereditärsyphilis in Betracht kommt, bereits gewürdigt. Ich komme wieder darauf zurück, um eine seiner Zubereitungen zu berühren. Ich kann mich nur lobend über das ferr. jodat. sacch. aussprechen, das ich sehr anämischen, hereditär syphilitischen Kindern mit grossen Milztumoren bei leichten Rezidiven oder bald nach dem Merkurgebrauche gebe. Es muss lange fortgegeben, kann aber ausgesetzt werden, wenn die Rezidive bedrohender wird. Ich gebe es in Milch gelöst in der Dosis von 2—6 Decigramm pro die und zwar Kindern bis zu einem Jahre bis 4 Decigr., über ein Jahr bis 6 Decigr. tagsüber in drei Gaben. LANGLEBERT empfahl Einathmungen von Joddämpfen und lässt zu diesem Behufe einige Gramm Jod im Schlafzimmer des Kranken verdampfen. Ich habe diese Prozedur nie nachgeahmt. Empfehlenswerther sind die aus jodisirter Theermilch bereiteten Präparate seines Landsmannes BOYER.²⁾ Von seinem jodhaltigen Milchsyrup, Milchpulver (Syrop poudre de lait jodique) enthält jeder Esslöffel 0·04 Gr. Jod, jedes Täfelchen jodhaltiger Chocolate (Chocolat au lait jodique) 0·02 Gr. Jod. In einem Täfelchen quecksilbermilchhaltiger Chocolate 0·005—0·006 Gr. doppeltsalzsaures oder phosphorsaures Quecksilber. Diese Präparate wurden, als sie in Paris in den Kinderspitälern sich trefflich bewährten, auch bei uns besonders künstlich genährten Säuglingen mit Nutzen verabreicht.

Die lokale Behandlung richtet sich nur darauf, die allgemeine zu unterstützen. Ihre Grundsätze sind dieselben, die bei der örtlichen

¹⁾ Ueber neuere Behandlungsweisen der Syphilis. Wien 1876. p. 15.

²⁾ Mémoire sur l'Emploi therap. des laits medicam. L'Union 1865.

Behandlung der Erwachsenen massgebend sind. Man wird auch bei der hereditären Syphilis den lokalen Symptomen durch Aetzungen der exkoriirten und exulzerirten Stellen, Anwendung von deckenden Salben und Pflastern zu Hilfe zu kommen trachten, um so ihre Heilung, Ueberhäutung zu beschleunigen.

Von den Hautsyphiliden beanspruchen nur der Pemphigus und die Kondylome einige Aufmerksamkeit. Stehen die Pemphigusblasen, so schütze man die Extremität durch Einhüllungen in Tücher; sind sie zerplatzt, so umhülle man die wunden Flächen mit feuchten Kompressen, bedecke sie mit einer Blei- oder Zinksalbe oder mit der Mischung *Ol. lini Aq. Calcis aa*, um sie vor Reizungen von Aussen zu bewahren. Die Kondylome decke man, wo sie konfluiren, mit grauem Pflaster (*Empl. Hydr., Empl sapon. aa*), unter welchem sie sich vortrefflich involviren; isolirt stehende Papeln kann man mit dem Lapisstifte leicht ätzen. Der Aetzschorf verhütet die Arrosion derselben durch den Schweiss und andere Schädlichkeiten und bewerkstelligt auch ihre raschere Heilung. Leichte Aetzungen sind ebenfalls indiziert bei Rhagaden, Plaques und Papeln im Munde und am After. Ausserdem dass man für skrupulöse Reinlichkeit der wunden Aftermündungen sorgt, indem man diese, sowie die Umgebung derselben nach jeder Stuhlabsetzung sorgsam wäscht und trocken legt, bringt man auf die Rhagaden und Papeln am After auch noch Pflaster und Salben, welche die wunden Stellen vor Verunreinigung durch die Fäkalmassen hütet. (*Empl. hydrarg.; Praecip. rubr. oder Praecip. flavi grmt. 0·35 — Ung. cerati grmt. 10·00. Mf. Empl.; Einstaubung mit Kalomel mehrere Male des Tages.*)

Ebenso verfährt man mit den analogen Veränderungen am und im Munde. Man bedient sich daselbst der Aetzungen mit dem Lapis, des Sublimats in Lösung, das man mit einem feinen Haarpinsel aufträgt. (*Rp. Merc. subl. corr. grmt. 0·15 — Glycer. (Aeth. sulf. oder Alcohol abs.) grmt. 5.— M. D. S. Zum Bepinseln.*)

Einrisse, Exkorationen, Geschwüre an der äussern Haut, wo immer ihr Standort sei, behandelt man nach den allgemeinen Regeln.

Viele Mühe beansprucht die Pflege der Coryza. Die immer sich wieder erneuernden Krusten sind, nachdem man sie mit warmen Katalpasmen auf die äussere Nase, mit einem Liniment, einer Salbe erweicht, abzulösen und die ulzeröse Fläche leicht zu kauterisiren. Auf die Geschwürsflächen in der Nase bringt man Quecksilbersalben, die man dorthin mit einem Haar- oder Baumwollpinsel, einem Baumwolltampon führt. (Salbe von weissem, rothem oder gelbem Präzipitat, Kalomel. grmt. 1·00; Ung. Emoll. grmt. 2·50.— Mf. ung.) Abwechselnd mit Einblasungen von Kalomelpulver (*Kalomel, Sacch. alb. aa.*) mache man Einspritzungen in die Nase, u. z. mit einer schwachen Sublimatlösung, Chlorkalk, Chlorkali, Kali hypermanganicum, Acid. carbol., um so der Eiteransammlung, der

Ausbreitung der Geschwüre, der Bildung der die Athmung hindernden Krusten vorzubeugen.

Knochenaufreibungen, welche wohl selten vorkommen, aber sicherlich dem Kinde lebhafte Schmerzen verursachen, erheischen die Einpinselungen des Tophus mit Jodtinktur (Tinct. jod.; Tinct. Gallar. aa.), Bedeckung mit einer Quecksilbersalbe (Ung. ciner. grmt. 25·00. Extr. belladon. grmt. 4·00. Mf. ung.).

An ein günstiges Ergebniss der medikamentösen Behandlung ist leider nicht zu denken, wenn nicht für die *conditio sine qua non*, für die Ernährung des Säuglings in gehöriger Weise gesorgt wird. Die Heilmittel versagen ihren vortrefflichen Dienst ganz und gar, wenn sie nicht durch die wohlthätige Wirkung einer guten Ammenmilch unterstützt werden. Die angeborene Syphilis ist, besonders wenn sie mit der Geburt auftritt, ein tödtliches Leiden und führt auch sicher zum letalen Ausgange, wenn der kolossale Kräfteverfall und die Lebensschwäche, mit welchen sie einhergeht, nicht durch Zufuhr gesunder Nahrung, am besten wohl der Ammenmilch, aufgehalten werden.

Die erste Sorge und Pflicht des Arztes und der Angehörigen gegenüber dem syphilitischen Säuglinge ist nun die Herbeischaffung der Ammenmilch. Welche ist nun die Verhaltenslinie für den Arzt bei der Erfüllung dieser Aufgabe. Kann er überhaupt dem syphilitischen Neugeborenen eine Amme geben, geben lassen?

Die hereditäre Syphilis steht in Bezug auf Virosität der erworbenen in Nichts nach. Durch den stetigen Kontakt, in dem der Säugling mit der Amme steht, ist eine Infektion dieser durch den ersteren nicht nur wahrscheinlich, sondern mit aller Bestimmtheit vor auszusehen. Es ist aber die allererste und gebieterische Verpflichtung des Arztes, die Krankheiten, ihre Extensität einzudämmen und alle Hebel in Bewegung zu setzen ihrer Verbreitung Einhalt zu thun. Er sieht sich demnach durch den syphilitischen Neugeborenen in eine drückende Zwangslage versetzt. Hier ein krankes sieches Kind, an dem die Angehörigen theils aus Innigkeit, theils auch aus sozialen und Familienrücksichten hängen, und welches sie zu erhalten wünschen, dort eine gesunde Frau, die das Haupterforderniss für die Herstellung des Kindes, die Nahrung, die Ammenmilch zu liefern willigt, dafür aber einer verheerenden Seuche sich preisgibt.

Wie kann und muss der Arzt aus dieser Verlegenheit helfen, in welcher Weise soll er seinen Rath formuliren, die Entscheidung treffen, um nach beiden Seiten gerecht und gerechtfertigt zu sein?

Der Grundsatz, von dem er sich leiten lasse, sei der, um jeden Preis zu verhindern, dass ein mit Syphilis behaftetes Kind aus dem Kreise der Seinen in eine fremde Familie, an eine fremde gesunde Amme komme. Sieht der Arzt, dass bereits eine solche das Kind in Empfang genommen, oder wurde er erst gerufen, nachdem das Kind schon einige

Zeit an der Brust gelegen, so muss er unbedingt das Kind absetzen lassen, wofern die Amme noch gesund, die Eltern desselben wie die Amme von der Gefahr der Ansteckung in Kenntniss setzen. Die Eltern, um sie zu warnen, durch das Engagement einer gesunden Person einer Klage von Seite dieser früher oder später sich auszusetzen und ihnen die moralische Seite ihres Vorgehens vor Augen zu halten; die Amme, um ihr die Wesenheit einer Krankheit klar zu machen, durch welche sie sich, ihr Kind, ihren Mann, ihre Familie, ihre weitere Nachkommenschaft, ihr häusliches Glück untergräbt. Es gibt keine Schutzmassregel, durch deren Befolgung die Amme sich vor Infektion schützen könnte, beispielsweise, dass auf die Brustwarze der Amme Kautschuk-Deckhütchen aufgesetzt werden, um beim Saugen die direkte Berührung der erkrankten Lippen des Kindes hintanzuhalten. Ihr irgend welche diesbezügliche Vorschriften zu geben und sie so indirekt zu bestimmen, das Kind zu stillen, heisst sich zum Mitschuldigen der Eltern machen. Nie aber verheimliche der Arzt den Eltern aus welcher Rücksicht immer, oder der Amme die Krankheit des Kindes; er ist dann der alleinige Schuldige an dem Ruine der gesunden Amme, wobei ihm nur zu oft auch die Genugthuung nicht wird, wenigstens das Kind gerettet zu haben, da wohl die Amme erkrankt, der Säugling, obwohl von einer solchen genährt, dennoch von dem voraussichtlichen Ende ereilt wurde.

Man sollte es kaum für möglich halten, dass noch heute die Hereditär-Syphilis für nicht ansteckend angesehen (GÜNZBURG) und so die Angst und die Besorgniss, mit welcher man das Verhältniss zwischen Amme und Säugling betrachtet, als übertrieben und durch nichts gerechtfertigt angesehen wird. So lange man mit HUNTER glaubte, dass eine Infektion nur durch ein primäres Geschwür möglich sei, den sekundären Erscheinungen jede Ansteckungsfähigkeit absprach, die konstitutionelle Syphilis überhaupt leugnete, konnte man ebenso wenig eine hereditäre Syphilis acceptiren als annehmen, dass ein mit hereditärer Lues behafteter Säugling diese seiner Amme mittheilen könne. Die Autorität HUNTER's hatte alle Zeugnisse aus den vorigen Jahrhunderten, welche für ihre Uebertragungsfähigkeit sich erklärten, einfach als überwundenen Standpunkt ad acta gelegt. HUNTER mochte glauben, dass das, was er für die erworbene Syphilis als Gesetz aufstellte, ebenso für ererbte Geltung habe. Diese Anschauung HUNTER's wurde schon von seinen einsichtigen Zeitgenossen heftig bekämpft. FAGNER, BERTIN, DOUBLET u. A. machten energisch gegen sie Front. Als sich nun die Fälle, welche gegen die HUNTER'sche Theorie bewiesen, allmählig mehrten und deren unzweideutigste HUNTER selbst zur Anschauung kamen, welche ihn schliesslich in seiner Lehre schwankend machen mussten, liess er sich zu einem Bekenntnisse herbei, das seinem Systeme nicht sehr wehe thun sollte. Er anerkannte die hereditäre Syphilis zwar nicht für Syphilis,

sondern für eine Krankheit, welche der konstitutionellen Syphilis überaus ähnlich, aber durch ein besonderes Gift hervorgerufen ist.

Heute zweifelt Niemand ernstlich mehr an die Infektion durch die sekundäre Syphilis und gibt gewiss jeder wenigstens die Möglichkeit zu, dass ein hereditär syphilitisches Kind mit Rhagaden, Plaques und Papeln an den Mundlippen der Amme durch das Saugen seine Syphilis einimpfen könne. RICORD, LAFONT, GOUZI, CUILLERIER u. A. leugneten beharrlich dass das Sekret der nässenden Papel inokulirt hafte und Allgemeinsyphilis erzeuge. Daraus, dass wirklich, wie es sich zuweilen ereignet, syphilitische Kinder die Ammenbrust nehmen, ohne die Amme anzustecken, darf man nicht voreilig schliessen, dass man einer geringen Wahrscheinlichkeit zuliebe eine gesunde Person solchen preisgeben dürfe. Ein einziger positiver Fall beweist in dieser Hinsicht immer mehr, als zehn negative. Es koinzidiren bei der Infektion der Amme Umstände, welche erfüllt sein müssen, um die Erkrankung derselben herbeizuführen.

Die wesentlichste Bedingung für die Infektion ist die Gegenwart sekundärer Symptome am Munde des Kindes und eine gewisse Vulnerabilität von Seite der Amme, Wundwerden, Exkoration der Brustwarzen. CAZENAVE war der erste, der neben dem primären Schanker auch die nässende Papel mit Bestimmtheit als ansteckend hinstellte. Die Lehre von der Infektion hat sich seitdem noch weiter entwickelt. Es hat sich durch Impfversuche zur Evidenz herausgestellt, dass durch Inokulation von Blut Syphilitischer und dem Sekrete der konstitutionellen Syphilis an Gesunden an der Impfstelle nach 1—3 Wochen eine Papel entstehen könne (WALLACE, WALLER), und dass demnach die Papel wie der Schanker eine idiopathische Form ist. Ein syphilitisches Kind, das am Munde Rhagaden, Geschwüre, Papeln trägt, kann beim Säugen an der Brust der Amme ebensolche Erscheinungen hervorbringen. Die Coryza kann in Fällen oder so lange als Schleimhauterscheinungen im Munde nicht vorhanden sind, zur Infektion der Amme auch noch beitragen.

ROLLET gibt als durchschnittliche Inkubationsdauer des beim Saugeschäfte acquirirten Virus 3 Wochen an, erwähnt aber selbst Fälle, wo sie 4—6 Wochen gewährt. Kommt es zur Schankerbildung an der Mamma (chancre mammaire), so entsteht gewöhnlich nur ein Geschwür, das bedeutende Dimensionen annehmen, steil aufgeworfene Ränder besitzen und erysipelatöse Entzündung in der Umgebung hervorrufen kann; doch sind multiple Geschwüre auch nicht selten. FOURNIER beschrieb einen Fall, wo eine Amme 23 Schankergeschwüre hatte, 7 im linken, 16 im rechten Warzenhofe. Beiderseits waren die Achseldrüsen geschwellt, indolent. In der gewöhnlichen Periode folgten auch die sekundären Symptome.

Mit BERTIN stellten auch andere Autoren die Behauptung auf, dass die Syphilis von der syphilitischen Amme auf das Kind durch das Medium der Milch überpflanzt werden könne und so gesunde Kinder infiziert, die

Syphilis an dieser bereits erkrankter Kinder noch vermehrt werde. Das Raisonnement derselben lautete dahin, dass, wenn durch Gemüthsbewegungen der Amme das Sekret ihrer Brustdrüse und sogar die Gesundheit des Säuglings alterirt werden könne, dies umsomehr beim luetischen Virus der Fall sein müsse, ist aber praktisch durch kein Faktum zu erhärten. Das syphilitische Virus ist ein fixes, an ein Gewebelement des kranken Organismus gebunden und haftet, so weit bisherige Versuche ergeben, gewiss an Blutkörperchen und Eiterzellen. Das Gegentheilige ist für einige organische Flüssigkeiten und normale Absonderungen, wie Speichel, Thränen, Milch festgestellt. Diese sind nicht das Vehikel des Kontagiums. Experimente ROLLET'S, DIDAY'S, VIENNOIS', welche bis heute weitergeführt wurden, zeigen, dass Impfungen mit diesen, Syphilitischen entnommenen Sekreten, wofern ihnen nicht Blut oder Eiter beigemischt gewesen war, an Gesunden nicht haften. Ein Gleiches habe ich bereits früher von der Vaccine-Lymphe behauptet. Ist auch die Milch syphilitischer Frauen nicht der Träger eines krankhaften Keimes, so kann sie dennoch nicht als gesund und gleichwerthig mit der einer gesunden Amme gelten. Aber die Infektion eines Säuglings durch die Ammenmilch muss abgelehnt werden. Durch das Saugen erfolgt Ansteckung des Kindes oder der Amme nur dann, wenn an den Berührungspunkten, an der Brustwarze, respektive am kindlichen Munde lokale Symptome diese vermitteln. An den genannten Kontaktflächen müssen dann auch die ersten Zeichen der geschehenen Ansteckung zu Tage treten.

Aus dem bereits Gesagten wird es sich ergeben, was man von dem Rathe, ein syphilitisches Kind einer Amme, die bereits vor längerer Zeit infiziert gewesen und sich einer Behandlung unterzogen hatte, zu geben, halten muss. Abgesehen davon, dass eine solche nicht immer bei der Hand und leicht zu beschaffen ist, weiss man ja, welch schlechte Ammen syphilitische Frauen sind, wie wenig verlässlich ihre Ammenqualität ist und wie sie beim Säugen darin immer mehr Einbusse erleiden.

Fassen wir nun aus dem Angeführten in wenigen Worten das für das Verhalten des Arztes Nothwendige zusammen, und zwar wie sich das Verhältniss zwischen Mutter und Kind in Bezug auf deren Gesundheitszustand, speziell was die Syphilis anlangt, herausstellt.

Erstens: Sowohl Mutter als Kind haben Syphilis. In einem solchen Falle kann die Mutter die Stillung des Kindes übernehmen. Da sie ihre Syphilis behandeln muss, so kann auch das Kind den Nutzen davon ziehen, indem es indirekt ebenfalls an dem Medikamente, das der Mutter gegeben wird, partizipirt. Ob es nicht besser sein wird, das Kind künstlich zu ernähren, als es eine Milch nehmen zu lassen, die gewiss nicht normal ist und um dadurch wenigstens die kranke Mutter, die vielleicht noch Pflichten gegen andere Kinder hat, vor fernerer Entkräftigung zu schützen, ist eine Frage, deren Beantwortung vom Befunde im

jeweiligen Falle und der Einsicht des Arztes abhängt. „Sind beide (Kind und Mutter oder Amme) mit Syphilis behaftet, so lässt man (nach SIGMUND l. c. p. 106) die Säugung fortbestehen, wenn hinreichende Milchmenge und gute Beschaffenheit der Brüste, speziell der Warzen, sowie gute allgemeine Ernährung der Säugenden vorhanden sind. So oft diese Bedingungen nicht alle bestehen, muss die Säugung unterbrochen werden.“

Zweitens: Dass die Mutter gesund ist, das Kind aber mit Syphilis auf die Welt kommt, ereignet sich selten, wird aber immerhin beobachtet. Die theoretische Anschauung würde die gesunde Mutter mit der fremden gesunden Amme in eine Linie stellen und ihr verbieten, ihr Kind anzulegen. Dem widerspricht aber die Praxis, die als Thatsache gelehrt, dass ein Kind, auch wenn es syphilitische Effloreszenzen am Munde hat, durch welche es die Syphilis auf fremde Ammen überträgt, die eigene, gesunde Mutter nicht infiziert (COLLES, EGAN, BEHREND, ROSEN, HUTCHINSON).

Drittens kann die Mutter syphilitisch, das Kind gesund sein. Sie kann an alter inveterirter, im Erlöschen begriffener Syphilis leiden und ein Kind gebären, das keine Spur derselben trägt. Auch in diesem Falle gibt die ärztliche Erfahrung einen Fingerzeig, und gibt die Beruhigung, dass ein gesundes Kind nie, obschon von einer syphilitischen Mutter gesäugt, von dieser Syphilis acquirirt. (FOURNIER, ZEISSL gegen MARCHAL). Ich würde aber, wenn ich auch das Kind seiner Mutter belasse, und wenn in der Folge die Milch als unzulänglich sich erweisen sollte, es einer gesunden, fremden Amme unter streng einzuhaltenden Kautelen übergeben. Die Syphilis des Kindes könnte, wie schon angeführt, innerhalb der ersten drei Lebensmonate und später erscheinen. Da dies während dieser Zeit wohl von einem Tage zum andern geschehen kann, so darf man die ersten Affekte in der Nase und im Munde, die natürlich von den Eltern und der Amme missverstanden werden, nie der Infektion durch das Krankheitsprodukt exponiren.

Ich will nun damit enden, womit ich meine Vorträge begonnen. Die Syphilis hereditaria, in den ersten Lebenswochen manifest geworden, ist nur selten glücklich zu bekämpfen. Je älter das Kind, je später es erkrankt, desto grösser sind die Chancen es herzustellen.

ZEISSL sagt wohl: „Aber leider nehmen unsere schön entworfenen Heilpläne gewöhnlich ein tragisches Ende, denn wider alles Vermuthen reisst die unerbittliche Parze den zarten Faden des kaum dem Mutterschosse entwundenen Lebens.“ Dennoch, meine Herren, kann ich Ihnen nicht genug dringend empfehlen, wenden Sie alle mögliche Sorgfalt bei der Behandlung dieser unglücklichen Kinder an, trachten Sie vor Allem, dieselben in die möglichst günstigen hygienischen und diätetischen Verhältnisse zu versetzen; das heisst: trachten Sie, diese Kinder in ihrer Ernährung zu kräftigen und sie widerstandsfähiger zu machen, indem Sie ihnen

die natürliche Nahrung, die Mutter- oder Ammenbrust belassen — und Sie werden Ihre Bemühungen von dem besten Erfolge gekrönt sehen.

Viele, sehr viele hereditär-syphilitische Kinder habe ich gesehen zu Grunde gehen — aber es gelang mir auch in sehr vielen Fällen derart erkrankte Kinder am Leben zu erhalten und dieselben der Heilung zuzuführen, falls ich so glücklich war, dieselben an der Brust zu belassen, so dass sie in ihrer Ernährung nicht leiden mussten und dadurch in ihrem Gedeihen nicht beeinträchtigt wurden. Diese Verhältnisse zeigten sich am deutlichsten nicht nur in der Privatpraxis, sondern am vorzüglichsten in der Findelanstalt: die kräftigen, besser genährten Ammenkinder wurden meistens geheilt, während die schwächlichen Nebenkinder, welche sich keiner so günstigen Ernährungsweise zu erfreuen hatten, rasch verfielen und tabesizierend zu Grunde gingen.

Sie finden, meine Herren, in diesen Beobachtungen und Erfahrungen die Anschauungen meines hochverehrten Lehrers und Meisters, Professor SIGMUND bestätigt, welcher lehrt, dass bei der Behandlung der Syphilisformen sorgfältige Pflege, rationelle Hygiene und kräftigende Diät nie fehlen dürfen, welche Arzneimittel und welche Methode immer zur Bekämpfung der Syphilis gewählt werden mögen. Sieht man doch bei syphilitischen Kindern, sagt SIGMUND, den ausgezeichneten Erfolg eines kräftigenden, d. h. rationellen, hygienischen und diätetischen Verhaltens bei den einfachsten, mildesten Mitteln, und im Gegentheil die Erfolglosigkeit der wirksamsten Mittel ohne jenes Verhalten!

Medizinischer Verlag

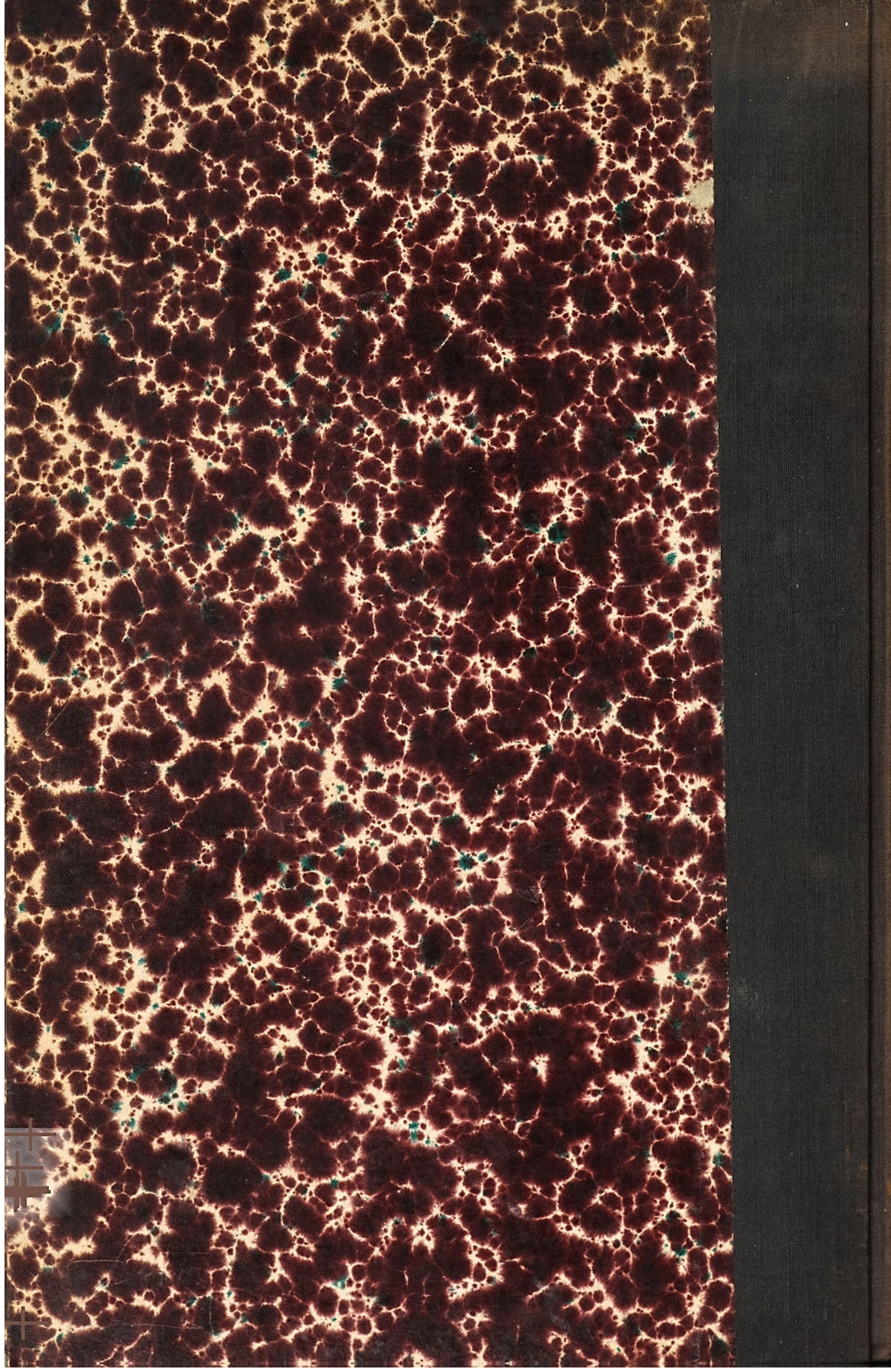
von

URBAN & SCHWARZENBERG
IN WIEN,

I., MAXIMILIANSTRASSE NR. 4.

	Preis			
	fl.	kr.	M.	Pf.
Albert , Prof. Dr. Eduard, Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende. Erscheint in ca. 30 rasch auf einander folgenden Heften, à 4—5 Bogen stark, zum Preise von je 80 kr. = 1 M. 60 Pf. Erschienen sind Lief. 1—26 (Bd I., II., III.) Band I., II. III. eleg. geb.	24	40	48	80
— Beiträge zur Geschichte der Chirurgie. I. Heft. Inhalt: I. Die Blutstillungsmethoden im Mittelalter. — II. Die ältere Chirurgie der Kopfverletzungen. Gr. 8. 118 Seiten	2	—	4	—
— — II. Heft. Die Herniologie der Alten. 193 S.	1	20	2	40
— Beiträge zur operativen Chirurgie. I. Heft. — (Separat-Abdruck aus der „Wiener Medizinischen Presse“.) Gr. 8. 56 Seiten	1	—	2	—
— Pathologie und Therapie der Coxitis. („Wiener Klinik“ 1876. August-September-Heft.) Gr. 8. 64 Seiten. Mit 16 Holzschnitten	1	—	2	—
Derblich , Dr. W., k. k. Stabsarzt. Die simulirten Krankheiten der Wehrpflichtigen. 8. 12 Bogen	2	—	4	—
Fleischmann , Dr. Ludwig, Ueber Ernährung und Körperwägungen der Neugeborenen und Säuglinge. Mit 6 Tafeln	1	—	2	—
Fürth , Dr. Ludw., Die Pathologie und Therapie der hereditären Syphilis	1	50	2	50
Grünfeld , Dr. Jos., Der Harnröhrenspiegel (Das Endoskop), seine diagnostische und therapeutische Anwendung. Mit 19 Holzschnitten	1	—	2	—
Hofmann , Prof. Dr. Eduard, Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. Mit besonderer Berücksichtigung der österreichischen und deutschen Gesetzgebung. 52 Bogen. Preis brosch. 9 fl. = 18 Mark, eleg. geb.	10	—	20	—
Klein , Dr. S., (em. Assistent der Jäger'schen Augenklinik), Lehrbuch der Augenheilkunde für praktische Aerzte und Studirende. Mit besonderer Berücksichtigung der Wiener Schule. Mit zahlreichen in den Text gedruckten Holzschnitten. Preis brosch. 7 fl. 20 kr. = 12 Mark, eleg. geb.	8	40	14	—

Medizinischer Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien, I., Maximilianstrasse 4.		Preis			
		fl.	kr.	M.	Pf.
Klein, Dr. S., Der Augenspiegel und seine Anwendung in der praktischen Medicin. Mit Holzschnitten	1	—	2	—	
Kleinwächter, Prof. Dr. L., Grundriss der Geburtshülfe für praktische Aerzte und Studirende. 30 Bogen. Preis brosch. 5 fl. = 10 Mark, eleg. geb.	6	—	12	—	
— Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft	1	—	2	—	
Lewandowski, Dr. Rud., Die Anwendung der Elektrizität in der praktischen Heilkunde	1	—	2	—	
Loebisch, Prof. Dr. F. W., Anleitung zur Harn-Analyse für praktische Aerzte, Apotheker und Studirende. 238 Seiten. Mit 26 Holzschnitten. Preis brosch. 2 fl. 50 kr. = 5 Mark, eleg. geb.	3	30	6	60	
— und Rokitansky, Prof. Dr. Freih. v., Ueber neuere Arzneimittel	1	—	1	60	
Recept-Taschenbuch und Kalender der Wiener Medizinischen Presse für 1879. Eleg. geb.	1	60	3	20	
Recept-Taschenbuch, Klinisches für praktische Aerzte. Sammlung der gebräuchlichsten und bewährtesten Heilformeln an den Wiener Kliniken. Eleg. geb.	1	20	2	40	
Rosenthal, Prof. Dr. M., Diagnostik und Therapie der Rückenmarkskrankheiten	1	—	2	—	
Schnitzler, Dr. Joh., Die pneumatische Behandlung der Lungen- und Herzkrankheiten. Zweite mit Nachtrag vermehrte Auflage	1	—	2	—	
— Ueber Laryngoskopie und Rhinoskopie und ihre Anwendung in der medicinischen Praxis. Mit 24 Holzschnitten	1	—	1	60	
Sigmund, Prof. Dr. Carl Ritter v., Ueber die neueren Behandlungsweisen der Syphilis. Vier Vorträge	—	60	1	20	
Steiner, Dr. Fr., Ueber die modernen Wundbehandlungsmethoden und deren Technik. Mit 8 Holzschnitten	1	50	2	50	
Ultzmann, Dr. R., Ueber Haematurie (Blutharnen). Sepr.-Abdr. aus der „Wiener Klinik“. Mit 12 Holzschnitten	1	—	2	—	
Winternitz, Dr. Wilh., Die Hydrotherapie auf physiologischer und klinischer Grundlage. Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende. I. Band: Der Einfluss der Hydrotherapie auf Innervation und Circulation. Mit 20 Holzschnitten	3	60	7	20	
— II. Band, I. Abtheilung: Der Einfluss örtlicher thermischer Applicationen auf locale Temperatur- und Ernährungsvorgänge. Mit 8 Holzschnitten	2	40	4	80	



Fürth, Ludwig

Die Pathologie und Therapie der hereditären Syphilis, nach ihrem gegenwärtigen Standpunkte dargestellt

Wien 1879

Path. 447 bu

urn:nbn:de:bvb:12-bsb11392411-2